سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة 1

# الإعاقة العقلية ومهارات الحياة في ضوء نظرية العقل

# Mental retardation and life performance skills In the light of Theory Of Mind

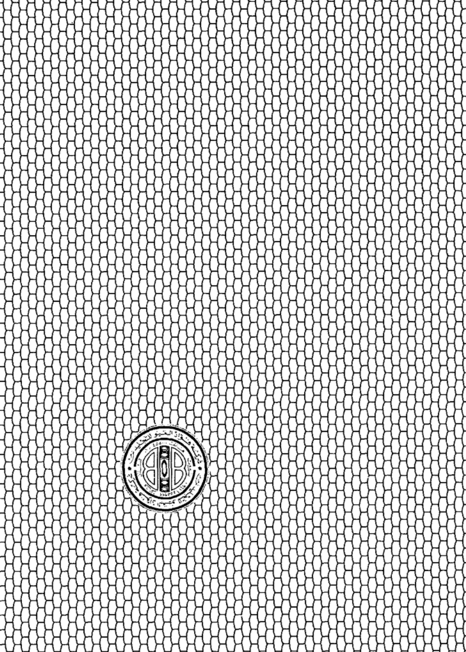

الدكتور
محمد صالح الإمام
أستاذ التربية الخاصة المشارك

الدكتور
فؤاد عيد الجوالده
دكتوراه في التربية الخاصة

كلية الدراسات التربوية والنفسية العليا
جامعة عمان العربية للدراسات العليا







1 سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة

# الإعاقة العقلية ومهارات الحياة في ضوء نظرية العقل

Mental retardation and life performance skills in the light of Theory Of Mind

المملكة الأردنية الهاشمية/رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: (2009/2/582)

371,9
الإمام، محمد صالح
الإعاقة العقلية ومهارات الحياة في ضوء نظرية العقل//
محمد الإمام، فؤاد الجوالده- عمان: دار الثقافة 2010
رقم الإيداع: (2009/2/582)
الواصفات: /التربية الخاصة//الإعاقات العقلية//صعوبات التعلم//

• أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

ISBN 9957-16-498-0



**الطبعة الأولى 2010م - 1431هـ**






المركز الرئيسي: عمان - وسط البلد - قرب الجامع الحسيني - عمارة الحجيري
هاتف: 4646361 6 (962 +) فاكس: 4610291 6 (962 +) ص.ب 1532 عمان 11118 الأردن

فرع الجامعة: عمان - شارع الملكة رانيا العبدالله (الجامعة سابقاً) - مقابل بوابة العلوم - مجمع عربيات التجاري
هاتف: 5341929 6 (962 +) فاكس: 5344929 6 (962 +) ص.ب 20412 عمان 11118 الأردن

Website: www.daralthaqafa.com e-mail: info@daralthaqafa.com

تصميم وإنتاج
مكتب دار الثقافة للتصميم والإنتاج

سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة | 1

# الإعاقة العقلية ومهارات الحياة في ضوء نظرية العقل

# Mental retardation and life performance skills In the light of Theory Of Mind


الدكتور

محمد صالح الإمام — أستاذ التربية الخاصة المشارك

فؤاد عيد الجوالده — دكتوراه في التربية الخاصة

كلية الدراسات التربوية والنفسية العليا

جامعة عمان العربية للدراسات العليا





دار الثقافة للنشر والتوزيع

1431هـ-2010م



بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ رَبِّ أَوْزِعْنِيٓ أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ ٱلَّتِيٓ أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَٰلِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَٰلِحًا تَرْضَىٰهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ ٱلصَّٰلِحِينَ ﴾

صدق الله العظيم

سورة النمل آية (19)

﴿ وَٱخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ ٱلذُّلِّ مِنَ ٱلرَّحْمَةِ وَقُل رَّبِّ ٱرْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا ﴾

صدق الله العظيم

سورة الإسراء آية (24)



# الإهداء

إلى روح والدينا الحبيبين في عالم الخلود

علمونا معاني الوفاء والعطاء.....

حرصوا على توريثنا القيم الدينية قبل متاع الدنيا .....

لنرزق بر أولادنا وطاعتهم لنا ويكونوا بإذن الله صالحين في

دنياهم حاملين لواء دينهم....

المؤلفان

# الفهرس

## الباب الثالث
## هندسة مهارات الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية

## الباب الرابع
## نظرية العقل ومهارات الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية

# قائمة الأشكال

# قائمة الجداول

# قائمة النماذج

# مقدمة الكتاب

لا تزال تربية الأفراد ذوي الإعاقة العقلية من أصعب المهمات الملقاة على عاتق الأسر والمهتمين في هذا المجال، وهم في أمس الحاجة إلى المشورة والاطلاع على الجديد في مواقف عديدة ومتباينة.

فالتربية ليست مشكلة المهتمين وحدهم بل تعني المجتمع بأسره، لذلك تشهد الأمم تطوير الطرق والخدمات التي من شأنها الإسهام في الارتقاء بهذه الفئة من الأفراد، إذ إن بناء شخصية هؤلاء الأفراد وتوجيههم هي من الأمور الصعبة إذ تتطلب دراسات عديدة، وتتطلب الكشف عن حاجات وقدرات و اتجاهات وميول واستعدادات هؤلاء الأفراد، بل تتطلب التعرف على المشاكل التي قد تواجههم، كما تتطلب التفكير والإعداد لوضع حلول لكل المشكلات التي قد تسبب إعاقات في تحقيق القبول الاجتماعي.

ومن هذا المنطلق فإن هذا الكتاب يوجه إلى استثمار سلوك الأفراد ذوي الحاجات الخاصة والتصرف بحكمة والاستفادة من إمكاناتهم الشخصية، في سبيل تكوين إنسان فاعل ومشارك قادر على قبول من حوله وتقبل المحيطين له. كما يوجه إلى الاستعانة بالمتخصصين والاطلاع على كل ما يكتب حديثا في هذا المجال، حيث ينفرد هذا الكتاب برؤية مستقبلية وبرؤية عصرية في مجال الإعاقة العقلية، فهذا الكتاب يوفر القدر الأكبر من المعلومات حول كل الجوانب التي تهم المربين والمتخصصين في مجال الإعاقة العقلية، مع التذكير بأهمية نظرية العقل Theory of Mind، والأساليب التربوية الملائمة لفئة الإعاقة العقلية، ومن اجل ذلك تم الاعتماد على سرد عدد كبير من النظريات التقليدية والأبحاث العلمية الجارية.

يحتوي الكتاب على أربعة أبواب تشتمل أربعة عشرة فصلاً، فقد تناول الباب الأول فصلان أولهما مدخل إلى نظرية العقل وثانيهما أسس بناء نظرية العقل، والباب الثاني تناول الإعاقة العقلية حيث بين الفصل الأول الإعاقة العقلية مفهومها وانتشارها، والعوامل المؤثرة في انتشار الإعاقة العقلية، والفصل الثاني تناول أسباب الإعاقة العقليةما قبل الولادة وضمت عوامل جينية وغير جينية، أثناء الولادة وما بعد الولادة، ثم أسباب غير محددة، والفصل الثالث وضحت فيه أنماط تصنيف الإعاقة العقلية التصنيف على أساس الأسباب، والتصنيف على أساس الأنماط الإكلينيكية،

والتصنيف على أساس نسبة الذكاء، والتصنيف النفس اجتماعي، والتصنيف التربوي، والفصل الرابع تم فيه شرح خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية وتشخيص الخصائص العامة للمعاقين عقليا، والخصائص الخاصة للمعاقين عقليا، وتشخيص الإعاقة العقلية، والفصل الخامس للوقاية من الإعاقة العقلية، ما الذي نستطيع أن نتوقعه من الوقاية، المبادئ العامة في الوقاية من الإعاقة العقلية. أما الباب الثالث فتناول هندسة مهارات الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية، وقد اشتمل الفصل الأول على أهمية مهارات الحياة والفصل الثاني تطرق إلى البيئة، والفصل الثالث بين القدرات، والفصل الرابع أوضح المستوى الحالي، والفصل الخامس شرح المؤثرات في مستوى مهارات الحياة، أما الباب الرابع فهو في نظرية العقل ومهارات الحياة، فالفصل الأول بين الدراسات والبحوث التي تناولت الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية من خلال متغيرات متباينة، والفصل الثاني الدراسات والبحوث التي اهتمت بنظرية العقل وهي ذات بعدين أولهما : البحوث التي أجريت لفئات متباينة من الأطفال، وثانيهما: البحوث التي تناولت دور نظرية العقل مع فئة الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية.

كما نأمل من المتخصصين الاستعانة بهذا الكتاب وتزويدنا بالآراء السديدة وخبراتهم المأجورة بإذن الله، وتحليل الجديد الذي كتب في هذا المجال، حيث ينفرد هذا الكتاب برؤية عصرية في مجال الإعاقة العقلية، ويوفر القدر الأكبر من المعلومات حول كل الجوانب التي تهم المربين والمتخصصين في مجال الإعاقة العقلية مع التركيز على نظرية العقل ومنطلقاتها والأساليب التربوية المناسبة لهؤلاء الأفراد، ومن اجل ذلك تم الاعتماد على سرد عدد كبير من النظريات التقليدية والأبحاث العلمية والأفكار الاجتماعية.

من خلال الكتاب نناشد الآباء والأمهات والمتخصصين بقراءته فهو يطرح رؤية جديدة بنيت على أسس علمية في عرض واستثمار وبناء مهارات الحياة وصولا إلى جودة الحياة لفئة عزيزة على كل المجتمعات، آملين أن نحقق من خلال هذا الكتاب مساهمة حقيقية في تغيير وتعديل وتشكيل توجهات عصرية تهدف إلى إضافة أفراد أقوياء للمجتمع لهم دورهم مهما علا أو قل في العملية التنموية لأفراد يطلق عليهم البعض بأنهم عالة.

فهذا الكتاب بقراءته نستخلص منه أن الإفراد ذوي الإعاقات العقلية استثمار وإنماء لا إهدار وفناء، وينبغي مواجهة كل الضغوطات والتحديات المفروضة حول هؤلاء الأفراد وذلك من خلال توظيف نظرية العقل Theory of Mind لتحقيق التنمية المنشودة.

# أهمية الكتاب

تكمن أهمية الكتاب فيما يلي:

- يعد الأول في البيئة العربية والذي يلقي الضوء على نظرية العقل.
- يعد محاولة لتوظيف نظرية العقل في مجال الإعاقة العقلية وتنمية مهارات الحياة لدى المعاقين عقليا.
- يوفر معرفة جديدة عن الطرق والاستراتيجيات التدريسية الجديدة.
- يوضح الإعاقة العقلية من حيث تعريفاتها، نسب انتشارها، أسبابها، تصنيفاتها.
- يعد مدخلاً لإجراء دراسات مستقبلية لدى فئات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.



# الباب الأول

# نظرية العقل

- الفصل الأول:

مدخل إلى نظرية العقل.

- الفصل الثاني:

أسس بناء نظرية العقل.

# الباب الأول
# نظرية العقل

نعرض في هذا الباب لنظرية العقل وذلك من خلال الفصلين التاليين:

**الفصل الأول:** مدخل إلى نظرية العقل.

**الفصل الثاني:** أسس بناء نظرية العقل.

# الفصل الأول
# مدخل إلى نظرية العقل
# Introduction

بمناسبة إطلاق التقرير العلمي الثاني حول إجراءات الحكومات المتعلقة بتكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة والندوة العالمية حول المعلومات والإحصاءات والبحوث في ميدان الإعاقة، والذي عقد في العاصمة عمان بالمملكة الأردنية الهاشمية في الفترة ما بين 26 ـ 27 آذار 2008، تبقى قضية الإعاقة بمجالاتها الثلاثة: الإحصاءات، المعلومات، الدراسات تمثل الشغل الشاغل، لتنفيذ إجراءات الاهتمام بالأشخاص ذوي الإعاقة، لأن المجتمع الذي لا يتوفر فيه التصور الفاعل للتربية المتكاملة لفئات التربية الخاصة، هو مجتمع يعيش في ثبوت وقلة الوعي بمستجدات العصر في شتى العلوم، مما يؤثر على سلوك أفراده والأهم من هذا هو حضارية السلوك تحقيقاً لرسالة رب العرش والسماء، والتي نادت بتكريم الإنسان بمختلف فئاته، وتباين قدراته ومهاراته في إطار مبادئ علم النفس الفارقي، وعملاً بمبدأ كلٌ خلق لما هو ميسر له، فحضارية المجتمعات تقاس بمدى الاهتمام بالفروق الفردية لأفرادها.

وعندما تتوفر مفاهيم التربية الخاصة نستطيع القول بأن المجتمع قادر على وضع التصورات المستقبلية والنهوض بمشاريع الحياة، وفي مقدمتها المشاريع التنموية، ويذكر الإمام (2008) إن المجتمعات التي لا تملك التصور لا تعرف التطور، والعبء كبير على الخبراء والمتخصصين في التخطيط لإنجاح وإنجاز أهداف التربية الخاصة.

وفي نظرة موضوعية لما يحدث في بعض مراكز التربية الخاصة ومؤسساتها في عالمنا العربي فإن المنصف ليس بحاجة إلى أجهزة كشف ليرى النقص في الكفاءات الإدارية والمهنية التي تعمل على التخطيط ورسم سياسات التربية الخاصة، فالتربية الخاصة أسلوب حياة، وبقليل من الجهد المنظم يستطيع الباحثون والخبراء والمتخصصون توظيف النظريات التربوية في الارتقاء بالخدمات المقدمة للمعاقين، ولتحقيق النموذج

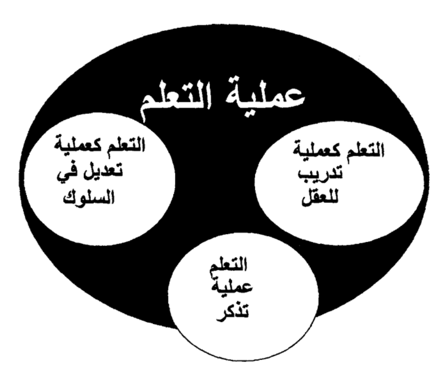
الأمثل للارتقاء والتنمية الحقيقية للمعاقين عقلياً يلزم الاطلاع على التجارب العالمية في مجال الإعاقة العقلية واتباع التوجهات الحديثة في تنمية هؤلاء الأفراد.

فالإعاقة العقلية Mental Retardation تعتبر مشكلة ذات أبعاد متداخلة ومتشابكة، الأمر الذي يجعل من هذه المشكلة معضلة فريدة في التكوين مما يدفع التربويين إلى ضرورة تلبية حاجات هذه الفئة بهدف تحسين حالتهم البدنية والنفسية، والعمل على تنمية مهاراتهم في الاعتماد على النفس مما يكسبهم الثقة بالذات ويسهم ذلك في تنمية شخصية المعاق، وهذا بدوره يخفف مشكلة المحيطين بالمعاق ويخفف العبء عن المجتمع أيضًا، وشعور الطفل المعاق عقلياً بالكفاءة والفعالية من خلال إكسابه العديد من المهارات التي تعينه على مواجهة الحياة بشكل أفضل، فالمعاق عقلياً في أغلب الأحيان يمكن أن يحيا بصورة مستقلة عن الآخرين وأن يمارس عملاً أو حرفة يكتسب منها.

فالنجاح في الحياة لا يعتمد فقط على الذكاء الفردي بل يعتمد على تباين القدرات والنضج العاطفي والعلاقات الاجتماعية التي لا يستطيع أحد أن يوفرها بقدر ما توفرها الأسرة من خلال ممارستها للمواقف الحياتية اليومية مع المعاق وعلى الأسرة أن تتعاون مع المركز ومع المتخصصين لمساعدة الطفل وتدريبه.

عندما نشرع في تعليم الطفل يعني أننا نزوده بمعلومات أو مهارات أو خبرات لم تتوافر لديه من قبل، أو نجتهد في البحث عن الأساليب والاستراتيجيات التي من شأنها تنمية هذه المهارات وتجويد الخبرات التي قد يتعرض لها الطفل، فكلمة تعلم لا تنطبق فقط على المواد الدراسية بل هي أعم من ذلك وتشمل كل ما يكتسبه الطفل من الميلاد حتى لحظة الموت، وما نعلّمه للطفل لا بد أن يكون مفيداً له ويدفعه للتطور والنمو، وهناك ثلاث مفاهيم اساسية لها اثر كبير في التدريس وفي الخطط التربوية الفردية والجمعية، وهذه المفاهيم الثلاث مرتبطة مشكلات الواقع التربوي حيث تتمثل هذه الثلاثية التي يوضحها الشكل رقم (1) في أن:

1- التعلم عملية تذكر.
2- التعلم كعملية تدريب للعقل.
3- التعلم كعملية تعديل في السلوك.




شكل رقم (1)

التعلم عملية ثلاثية

يتضح من الشكل رقم (1) ان نجاح عملية التعلم يرتبط بتكاملية المفاهيم الثلاث، حيث إن عملية التعلم عملية لا تتوقف عند حدود المدرسة حتى وان كانت المدرسة تتمكن من تحقيق الاهداف الموضوعة لتربية الاطفال وتوجيه نموهم التوجيه السليم، فالتعلم يحدث في كل مكان، فهو يحدث في البيت حيث نتعلم الكلام وكثيراً من العادات والسلوك والقيم والاتجاهات، كما يحدث التعلم من الاحتكاك بظروف الحياة العامة، وانفرادية المدرسة بعملية التعلم ينبغي ان تنحو منحى العملية التنظيمية وتحديد انماط السلوك القيمية والعمل على نمو هذه الانماط تحت اشراف وتوجيه، وان تضع الخطط الوقائية لتجنب السلوكات غير المرغوبة والتي يلتقطها الاطفال نتيجة الظروف المحيطة. وهنا تبرز الاهمية التربوية للمدرسة، اضافة الى الاهمية الاكاديمية التي ينبغي ان تكون على قدم وساق للعمل على استمرار النمو في الطريق الصحيح.

كما يتضح من الشكل ايضا ان التعلم كعملية تذكر كأنه في حاجة الى تأكيد ان عقل الطفل صفحة بيضاء قابلة لنقش ما يريده المجتمع فيها، وبالتالي فإن

الخبرة والتعلم هما مصادر مفردات المعرفة، والنظرة بهذا الشكل تعتبر ان العقل مخزن للمعلومات كأنة تخزين واسترجاع، وبالتالي ينظر لعلية التخزين بأنها عملية حفظ للمفردات المعرفية، والتعلم بهذا المفهوم يجد له أنصاراً ممن يؤمنون بعملية الحفظ، وعملية الحفظ مرتبطة بالتلقين وكأنها أصبحت عملية آلية وليست تحليلية، وهذا يتنافى مع مواجهة المشكلات والعمليات الحياتية، ويتضح ذلك جليا من أساليب الامتحانات والتقييم والتي تركز على عملية استرجاع ما يحفظة الطفل، ونجد في مدارس ومراكز التربية الخاصة التركيز في عملية التعلم والتعليم وفق عملية الخزن والتذكر فنجدهم يميلون الى العمل من خلال المحاور الخمسة ألا وهي:

- تصنيف المفردات المعرفية الى مواد.
- اختيار اجزاء محددة من كل مادة تدرس بما يناسب فئة الاعاقة ونوعيتها ودرجة الإعاقة.
- التركيز على حفظ هذه الاشياء.
- مراجعة الحفظ.
- تقييم الاطفال فيما تم حفظه.

ويبدو أن هذه الخطوات مريحة لمعلمي وأخصائيي التربية الخاصة، في حين ان الابحاث والاختبارات الحديثة اثبتت ان كل ما يحفظ يمكن ان يتبخر بعد فترات تتباين وفقا للحالات، واكدت على اهمية الفهم للمادة المتعلمة بجانب عملية الحفظ، وهنا ينبغي تأكيد أن عملية الفهم سابقة لعملية الحفظ، فالفهم والتدريب ناتجهما يكون سلوكاً حياتياً جيداً مما يجعل هذا السلوك هو نمط حياة، حيث إن التعلم عملية تمتد بامتداد الحياة مما يسهم بتحسين الظروف، ويحقق التوافق مع المتغيرات المادية والاجتماعية والبيولوجية والنفسية.

وعن المبدأ الثاني وهو التعلم كعملية تدريب للعقل والذي يرتبط اساسا بنظرية التدريب الشكلي **Formal Discipline**، وهي احدى النظريات السيكولوجية التي اثرت في الاتجاهات التربوية، وهي تنسب الى الفيلسوف الانجليزي لوك **Lock** الذي

رأى ان العقل مقسم الى عدد من العمليات مثل التفكير والتخيل والتصور والادراك والانتباه وغيرها من العمليات التي بتدريبها تتتج عملية التعلم، حيث اثبتت الكثير من الدراسات ان بعض المواد الاكاديمية بالاضافة الى البيئة المحلية لهما اهمية قصوى في التدريب العقلي، وكلما كانت المواد الاكاديمية تتناسب مع البيئة المحلية في اطار من الدعم والتعزيز، كانت هنالك مرونة عقلية وجودة في السعة العقلية بما يحقق جودة الحياة، وهذا يتأتى في اطار حقيقة ان الانسان دائم التفاعل مع بيئته، حيث يمكنه ان يحدد بدرجة كبيرة نوع الحياة التي يرغب بها.

وعملية التفاعل بين الفرد والبيئة تعرف بالخبرة، ومنها يتعلم الفرد معارفه واتجاهاته ومهاراته، والمهم في ذلك نوع الخبرة التي يواجهها الفرد بحيث تؤدي به الى مهارات واتجاهات ومعارف مفيده له ولأسرته ولمجتمعه، وهذه وظيفة مراكز ومؤسسات ومدراس التربية الخاصة، وهذا يتأتى في اطار المبدأ الثالث التعلم كعملية تعديل في السلوك حيث ينظر الى عملية التعلم على انها عملية تغيير Chaing وتعديل Modification وتشكيل Shaping، وهذه الثلاثية تستمر مدى الحياة، والتعلم بهذا المفهوم يشمل تغيرات جسمية وانفعالية وعقلية واجتماعية، كما انه يتضمن هدفاً أو أهدافاً يسعى اليها وينتج عن ذلك اكتساب معلومات وافكار واتجاهات ومهارات تؤدي به الى اكتساب خبرات متباينة.

وبالنظر الى المبدأين الاول والثاني نجد انهما عمليتان تؤثران في النظام التعلمي التعليمي الا انهما لا يمكن ان نصفهم بانهما عملية تعلم، لكنهما وسيلتان يستفاد منهما في جودة التعلم، ويبرز اهمية المبدأ الثالث وهو التعلم كتعديل وتغيير وتشكيل في السلوك عن طريق الخبرة الا ان هذا لا يغني عن الاحتفاظ بالمادة المتعلمة، او نغفل عمليات التدريب رغم انها تخضع لشروط عديدة، وفي اطار الثلاثية السابقة الموضحة في الشكل رقم (1) ينظر الى التعلم على اساس انه عملية تتضمن كل انواع الخبرات للحصول على نتائج تعليمية مرغوب فيها، وان التعلم يحدث عندما يتعرض الطفل لخبرة كاملة اثناء ممارسة الانشطة او التدريبات أو المواقف الحياتية، حيث يؤثر كل ذلك

في السلوك ، والتعلم بهذا المعنى يغير من شخصية الفرد ، بحيث لا يمكن أن يقال عنه انه تعلم مالم تتغير النظرة الى الاشياء ويتغير السلوك ويصبح اكثر قدرة على معالجة الظروف البيئية والمواقف الحياتية.

وأشار هالاهان وكوفمان (2008) إلى أن جميع الأطفال المعاقين عقلياً مهما كانت شدة الإعاقة لديهم فهم بحاجة إلى تعلم بعض المهارات الأكاديمية ، ومهارات الحياة المختلفة سواء الاستقلالية أو المجتمعية أو المهنية.

لذا تعد المهارات الحياتية من أهم تلك المهارات التي تحقق للمعاق جودة الحياة ، وتتشكل المهارات الحياتية اللازمة لمعايشة الطفل للحياة في مجتمع ما في ضوء طبيعة التأثير المتبادل بين الطفل والمجتمع داخل الأسرة وخارجها ، ودرجة تأثير كل منهما في الآخر. ولذا فإن المهارات الحياتية التي يحتاجها الطفل تختلف باختلاف المجتمع المحيط به والفترات العمرية التي يمر بها ، حيث تتميز كل فترة بنوع من المعطيات وتضم هذه المهارات جميع الاحتياجات المادية وغير المادية المرتبطة بتفاعل الطفل مع الحياة (Schneider ، 2004).

وبالتالي تبرز الحاجة الملحة لتنمية مهارات أدائية حياتية عند الأطفال المعاقين عقليا ، حيث يعد اكتسابها هدفاً تربوياً رئيساً في التربية الخاصة بالمنظور التنموي.

ويعتبر النقص في المهارات الحياتية من أهم المشكلات التي قد تواجه الطفل المعاق، لذا فتنمية المهارات الحياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً يمكنهم من التعامل مع المشكلات اليومية و التكيف في الحياة، وبدونها يعجز الطفل المعاق عن التواصل والتفاعل مع الآخرين.

ويذكر مرسي (1996) أن المعاقين عقليًا مهما كانت شدة إعاقتهم يمرون بمراحل النمو الجسمي والنفسي كأقرانهم العاديين، فهم وإن كانوا يختلفون عنهم في معدلات النمو ومستوياتها ، فهم يُحملون أجنة في بطون أمهاتهم تسعة أشهر ويعيشون الطفولة من الولادة حتى البلوغ، ويمرون بالمراهقة من البلوغ إلى سن العشرين، وتمتد الحياة بالكثيرين منهم إلى ما بعد الستين، فيعيشون سنوات الرشد من الحادية

والعشرين إلى سن الستين، ثم يدخلون في الشيخوخة من الستين حتى الوفاة، ونحن وإن كنا لا نستطيع أن نجعلهم أشخاصاً عاديين، ولكن يمكننا أن نجعل حياتهم الاجتماعية قريبة قدر الإمكان من أنماط الحياة الطبيعية للأشخاص العاديين في مراحل الحياة المختلفة، فيعيشون حياة طبيعية في الطفولة والمراهقة، ومن خلال التربية والتعليم والتأهيل، يتحولون في سن الرشد إلى العمل والزواج والإنجاب وتكوين الأسرة وتربية الأطفال، بحسب ما تسمح به قدراتهم الجسمية والعقلية، ويأتي نجاح المعاق عقلياً في ممارسة المهارات الحياتية في مختلف المواقف ليشعر بالفخر، والثقة، والاعتزاز بالنفس عندما يؤدي عملا من الأعمال بنجاح، ولا تقتصر أهمية المهارات الحياتية على أمور الحياة المادية، بل إنها ذات أهمية كبرى في الأمور الانفعالية التي تمكن الفرد من التفاعل مع الآخرين وإقامة علاقات طيبة معهم يسودها الحب والمودة، وتتنوع المهارات الحياتية التي يحتاجها المعاق عقلياً في شتى مجالات حياته سواء كانت في المدرسة أو الأسرة أو المجتمع، ومن ثم فإن امتلاك هذه المهارات هو السبيل إلى نجاحه، متقبلا الآخرين ومتقبلا من قبلهم.

ويذكر الوي (Alawiye ,1990) أن تعليم الفرد المهارات الحياتية يساعد في تحقيق التكيف مع الآخرين، والنجاح في الحياة، وبدونها يصعب عليه التواصل والتفاعل، وعلى الرغم من أن تحويل المعاقين عقلياً إلى الحياة الطبيعية للراشدين ليس بالأمر السهل، إلا أن الكثيرين منهم يصلون إلى مرحلة الرشد الزمني مكتملي النضج الجسمي والجنسي، وغير مكتملي النضج العقلي والانفعالي والاجتماعي مما يجعلهم في حاجة إلى التأهيل الاجتماعي والمهني الذي يخرجهم من التواكل على الآخرين إلى الاعتماد على النفس وتحمل المسئولية وكسب الرزق، ويجعلهم يمارسون أدوارهم الاجتماعية في الحياة كالراشدين العاديين قدر الإمكان فيشعرون بالكفاءة والقيمة الأمر الذي يؤثر في أنفسهم ونظرة الآخرين لهم.

فالإنسان لا يستطيع أن يعيش في عزلة عن أهله وأصدقائه وزملائه، وهو لا يستطيع أيضاً أن يعيش دون تعامل مع كافة الجهات التي تحيط به، وهذا يؤكد أن

حياة الفرد باعتباره عضوًا في جماعة، بحاجة أكبر إلى التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم و التكيف مع متطلبات المجتمع.

ولكي يتوافر هذا ينبغي أن يمتلك الفرد المعاق جملة من المهارات الأدائية الحياتية التي تمكنه من التفاعل مع المجتمع في المواقف الحياتية، ويتضح ذلك من خلال السلوكات التكيفية سواء بالبيئة المنزلية أو البيئة المدرسية، ويمكن تطوير المهارات الأدائية الحياتية من خلال مجموعة من الأنشطة التي تعمل على تنمية القدرات، وتعتبر عملية تعليم المعاقين عقلياً ضرورية لإشعارهم بالحياة والتفاعل بإيجابية مع بيئتهم الطبيعية والاجتماعية، لذا ينبغي استخدام أنسب أساليب التعليم القائمة على المبادئ المستخلصة من نظريات التعلم، وكذلك القائمة على الفهم السليم لخصائصهم المعرفية وغير المعرفية.

ومن هذه النظريات تعتبر نظرية العقل أحد المداخل الجديدة والتي تشير إلى وجود سبب تجريدي يساعد الأفراد المعاقين عقلياً في تفسير الأنماط السلوكية، وتوقعها لدى المحيطين من خلال مراقبة المواقف العقلية المتعددة لهم، مثل اعتقاداتهم ونواياهم ورغباتهم، وحسب نظرية العقل فإن تفسير السلوك الإنساني يتمحور حول الإدراك والسلوك الواعي واللاواعي والذات والإرادة وهي من صميم المهارات الحياتية اليومية التي يمارسها الإنسان، فلا يستطيع أي إنسان أن يستغني عن هذه المهارات وهنا يأتي دور العقل في تنميتها، والحاجة إلى وجود برنامج تربوي ينميها أمر ضروري من ناحية تربوية وتعليمية فهو يعمل على رفع كفاءتها وامتلاك غيرها **(Searle, 2004)**.

ومن هذا المنطلق اهتم هذا الكتاب بنظرية العقل والبحث عن توظيفها لدى الأطفال المعاقين عقلياً، ومن المتعارف عليه لدى بعض علماء النفس، وخاصة المعرفيين منهم، أن المعرفة تتمثل في ذهن الفرد بطريقة غير مطابقة تماماً لما هي عليه في الواقع الفيزيائي الحقيقي، وفهم المعتقدات الخطأ للآخرين يقوم على أساس أن الفرد قد تشكلت لديه مواقف أو اتجاهات نحو تمثيل العالم الخارجي كما يدركه الآخرون، و ليس العالم الحقيقي نفسه، وعندما يستطيع الطفل المعاق معرفة أن الأفراد يسلكون الطريق الخطأ

نتيجة وجود معتقدات خطأ لديهم، فإنه يكون قد تمثل الحالة العقلية لديهم، وفي هذه الحالة فإن نظرية العقل قد تتشكل لديه (Kinderman, 1998)، (Thompson, 1992).

مما سبق يتضح لنا حجم المشكلة التي يواجهها ذوو الإعاقة العقلية وخطورتها مما يدفع المهتمين والخبراء إلى ضرورة الاهتمام بهذه الفئة وعدم تجاهلها حيث لم يعد المعاق عقلياً كما كان في الماضي عبئاً على المجتمع بل أصبح عضواً عاملاً ينبغي أن يتمتع بكافة الحقوق وعليه العديد من الواجبات وذلك في ضوء ما تسمح به قدراته وفي هذا ينوه الإمام (2007) "أن المعاقين عقلياً هم ضحايا القدر وعلينا أن لا نجعلهم ضحايا الإهمال".

ولذلك فقد رأى عبد الباقي (1993) أنه يمكن مساعدة الطفل المعاق عقلياً على الشعور بالكفاءة والفعالية من خلال إكسابه العديد من المهارات التي تشعره بأن له دوراً وقيمةً ومن ثم يعتمد على نفسه فيقل اعتماده على الآخرين ويحظى بتقديرهم واحترامهم، مما يساعده على مواجهة الحياة الاجتماعية بشكل أفضل، وتعتبر المهارات الحياتية من أهم تلك المهارات التي لها دور فعال حيث تمثل ضرورة حتمية لجميع الأفراد في أي مجتمع بصفه عامة وللمعاقين على وجه الخصوص، فهي من المتطلبات التي يحتاجها الأفراد لكي يتوافقوا مع أنفسهم ومجتمعهم الذي يعيشون فيه، مما يساعدهم على حل المشكلات اليومية والتفاعل مع مواقف الحياة المختلفة.

وفي هذا يشير سجنورلي (Signorlli, 1991) إلى أن المهارات الحياتية هي مجموعة المهارات التي تمكن الفرد من التكيف على نحو إيجابي مع محيطه وتجعله قادراً على التعامل بفعالية مع متطلبات الحياة اليومية وتحدياتها بما يساعد على تعزيز الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية. ويذكر الزيود (1995) بأنها المهارات التي يتدرب الأطفال المعاقون عقلياً عليها حتى يكونوا قادرين على الاعتماد على أنفسهم مع إمكانية قضاء حاجاتهم اليومية والتي تزيد من قدرتهم في الاعتماد على أنفسهم مما يساعدهم على أن يعيشوا حياتهم الاجتماعية بشكل طبيعي.

وأكد قاسم وعبد الرحمن (2004) والإمام (2006) على أهمية تدريب الأفراد المعاقين عقليا بصفة عامة، وأوصوا بضرورة إعداد البرامج التدريبية الخاصة التي تتناسب مع خصائص وقدرات وإمكانات الأطفال المعاقين عقلياً مع الهدف المراد

تحقيقه مما يساعدهم على اكتساب المهارات التي تعينهم على مواجهة المتطلبات الحياتية، واتفق كل من إبراهيم و فرحات (1998) على أنها تساعد على تنشيط وتدريب المعاق عقلياً على كثير من العادات الاجتماعية الحسنة وتوجيهه إلى كيفية حل المشكلات بطريقة تتناسب وقدراته، مما يكسبه القدرة على التعبير عن الذات والثقة بالنفس والتوجيه والوعي الذاتي، هذا بالإضافة إلى العديد من الفوائد النفسية، كتدريب الطفل على تقبل الهزيمة، وإطاعة الأوامر وتوفير الفرص للشعور بالإنجاز، ونمو اللغة وإصلاح عيوب النطق مما يساعد على سرعة تكيفه مع زملائه ومجتمعه.

ومن خلال خبرة المؤلفين العملية والاطلاع على أدبيات التربية الخاصة تبين وجود علاقة ارتباطية بين تصميم وتنفيذ البرامج التربوية وتنمية المهارات الأدائية الحياتية عند الأطفال المعاقين عقلياً، ويمكن القول بأن جميع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يمكن مساعدتهم في تطوير مهاراتهم وقدراتهم وشخصياتهم بغض النظر عن مدى القصور في توظيف القدرات العقلية.

## ماهية نظرية العقل:

ما هي نظرية العقل (Theory of mind)

نظرية العقل

أول من أطلق مصطلح نظرية العقل TOM هما العالمان بريماك و وودروف في عام 1978 (Premack &Woodruff)

" حيث أوضحا أن الفرد يمتلك نظرية للعقل إذا عزا الحالات الذهنية لنفسه وللآخرين، وهذه الحالات لا يمكن رصدها بشكل مباشر، و يدخل هذا في نطاق النظام الاستدلالي كنظرية ويمكن استخدام هذا النظام لعمل تنبؤات حول سلوك الآخرين، وقد لا تكون النتائج قطعية في هذا المجال ولكنها كانت مقدمه لعلم جديد قد تمت ولادته، حيث اخذ منحى تطبيقي على الإنسان.

العالمان ديفيد بريماك و وودروف (Premack &Woodruff,1978) هما أول من تحدثا عن نظرية العقل Theory of mind في عام 1978، حيث تحول الاهتمام بنظرية العقل من الإطار الفلسفي إلى إطار علم النفس، ورغبتهم في تحويل هذا الموضوع من التنظير والميتافيزيقيا إلى التجريب الإمبريقي، ومن هذا المنطلق بدأ التخطيط لدراسات تجريبية على ما يمتلكه الشمبانزي من قدرات، حيث قام العالمان بوضع الشمبانزي داخل قفص ووضع صناديق في احدها موز بحيث لا يستطيع القرد الوصول إليه، وكان هناك مدربان احدهما طيب كلما وجد الموز أعطاه للشمبانزي، والأخر شرير كلما وجد الموز أكله بنفسه ولم يعطِ الشمبانزي منه شيئا، وبعد إجراء عدد من المحاولات التي يقوم بها مدرب ثالث بتغيير مكان الموز أمام نظر الشمبانزي، دون أن يراه المدربان الآخران (الطيب والشرير)، أصبح الشمبانزي يساعد المدرب الطيب ويدله على مكان الموز، بينما لا يساعد المدرب الشرير، أو يشير له على مكان خطأ وقد تكررت هذه التجربة عدة مرات على قرود أخرى. لقد توصل بريماك وودروف إلى أن القردة تمكنت من معرفة نوايا و مقاصد المدربين، وأنها تمكنت من الانفصال عما يمثله وضعها الحالي و تمثل الحالة العقلية للآخرين، عندما تمكنت من معرفة أن لدى المدربين معلومات و أفكار مختلفة عما تعرفه هي، فهي تعرف مكان الموز بعد التغيير، أما المدربان فلا يعرفان مكانه بريماك وودروف. (Premack &Woodruf ,1978)

إن الترابطيين يفسرون قدرة الشمبانزي على مساعدة المدرب الطيب وتضليل المدرب الشرير في تجربة بريماك وودروف. (Premack &Woodruf ,1978) وفق مبدأ الثواب و العقاب في النظرية الترابطية فإنه لا يوجد مكان لمسميات مثل نظرية العقل، وإنما توجد قدرات واستعدادات موروثة لدى الطفل تسمح، في حال تعرض الطفل لمثيرات البيئة المناسبة، بحدوث تغير في سلوكه يؤدي إلى تمييزه لسلوكات الآخرين.

ويرى ملتزوف (Meltzoff ,1993)، أنه رغم نجاح النظرية الترابطية في وصف التغير في السلوك البشري، إلا أنها أخفقت في تفسير الكفايات الفطرية المخزنة لدى الطفل (Innate Competency) والتي تمكنه من اكتساب ثقة المجتمع الذي يعيش

فيه، فالترابطيون وإن ركزوا على المثيرات الظاهرة و الاستجابات لها، إلا أنهم لا ينكرون دور القدرات العقلية للطفل حتى وان أهملوا دراستها فتطور قدرة الطفل على تشكيل روابط يعني ضمنا تطور القدرات العقلية للطفل حتى يتمكن من تشكيل هذه الروابط.

و يرى أصحاب النظرية الفطرية أن نظرية العقل عبارة عن وحدة معالجة عقلية (Module) محددة وراثيا، فهي نموذج فطري ينشط حول سن الثالثة من العمر بفعل النضج والتفاعل مع الخبرات حيث إن قدرة الأطفال على فهم سلوك الآخرين ومعرفة نواياهم و مقاصدهم لا تخضع لعوامل البيئة، وإنما تخضع للأساس الفطري الوراثي المولود مع الطفل، ويمكن القول بأن المثيرات البيئية والخبرات تعمل على تنشيط هذا الاستعداد وبروزه في ظل ظروف بيئية اعتيادية، فودر (Fodor ,1987). والتطور عند فيجوتسكي كما يرى ويلمان ( Wellman,1990) لا يتشكل من مراحل نمائية منفصلة كما يرى بياجيه، وإنما ينظر إليه على أنه عملية مستمرة تبدأ من الولادة و تنتهي بالوفاة، و يرى أن التطور هو تحويل العلاقات الاجتماعية إلى وظائف عقلية، الطفل يطور قدرة جديدة على التفكير باستخدام الكلمات بدلا من لفظها فقط، وتوصل فيجوتسكي إلى أن الكلام المتمركز حول الذات يمثل تحولا يقوم فيه الأطفال بفصل وعيهم الخاص بهم عما يدور حولهم في عالم الراشدين. ويحدث هذا عندما يصبح الطفل قادرا على الفصل بين حالته العقلية وحالة الآخرين وهي المرحلة التي تتبلور فيها نظرية العقل لدى الطفل.

ولكن أنصار فيجوتسكي يجادلون في نظرية العقل كما تقدمها الثقافة الغربية، فيما إذا كان الأطفال في مختلف دول العالم يمرون بنفس مراحل تطورنظرية العقل ومدى تأثير الثقافة في تسريع أو بطء هذه المراحل، فمنهم من يرى أن نظرية العقل ربما تكون أكثر نسبية مما يتخيل الكثيرون لأنها كباقي القدرات العقلية، لا يمكن دراستها بمعزل عن سياقها الاجتماعي الثقافي الذي تتطور فيه.

بينما استقر رأي أصحاب نظرية النظرية على أن تطور قدرة الأطفال للفهم الاجتماعي ما هو إلا نتيجة تطويرهم لنظرية العقل، ويرون أن مفاهيم الأطفال حول الحالات العقلية هي مسلمات مجردة غير قابلة للمراقبة، وتستخدم لشرح السلوك الإنساني القابل للملاحظة والتنبؤ به، و بغض النظر عن الاتجاه النظري الذي يتبناه الباحثون في تفسير نظرية العقل، إلا أنهم يميلون لاستخدام أسلوب فحص المعتقد الخطأ للكشف عن تطور العقل لدى الأطفال ، الأطفال أيضاً يغيرون نظرياتهم تجاه العالم من حولهم كلما نضجوا مع مرور الزمن ويقومون بذلك وفق تغير البيانات والمعلومات التي يحصلون عليها من العالم حولهم.

ويرى جوبنك وويلمان (Wellman & Gopnik) أن نظرية العقل تساعد الطفل في كافة مراحله العمرية في تفسير المعلومات الأولية الخام التي يحصل عليها من العالم المحيط به، وتساعده أيضا في تخمين و توقع الأحداث الجديدة التي يتعرض لها.

ويرى مؤيدو هذه النظرية أن نظريات الأطفال حول العالم تحتل مكانا قويا في نفوسهم ويتمسكون بها انفعالياً بدرجة عالية، حيث يشعرون بالضيق والألم إذا اكتشفوا أنها كانت خاطئة، ويشعرون بالراحة والسعادة إذا اكتشفوا أنها كانت صائبة، ويرى منظرو نظرية النظرية أن النظريات التي يطورها الأطفال عن العالم حولهم تكون خطأ في البداية، ولكن مع مرور الزمن يقوم الأطفال بتصحيح نظرياتهم الخطأ بالتدريج، و يبذلون جهداً لجعلها منطقية وذات معنى من خلال التعاون مع الأشخاص الآخرين في المجتمع الذي يعيش فيه جوبنك (Gopnik، 1990).

ومن خلال ما ورد يمكن استنتاج أن الشمبانزي لديه قدرات على التنبؤ بسلوك الآخرين من خلال ما تعزوه الحالة العقلية لهؤلاء الآخرين، وباختصار فقد أظهرت التجربة قدرة الشمبانزي على الاستدلال بنوايا ودافعية الإنسان والتنبؤ بأفعاله.

ويذكر بريماك وودروف (Premack & Woodruff) أن الفرد يمتلك نظرية للعقل إذا عزا الحالات الذهنية لنفسه وللآخرين. وهذه الحالات لا يمكن رصدها بشكل مباشر، ويدخل هذا في نطاق النظام الاستدلالي كنظرية، ويمكن استخدام هذا

النظام لعمل تنبؤات حول سلوك الآخرين، وقد لا تكون النتائج قطعية في هذا المجال ولكنها كانت مقدمة لعلم جديد قد تمت ولادته، حيث أخذ منحىً تطبيقياً على الإنسان، ولم يكن ذلك إلا بعد عشرين سنة، حيث بين ملتزوف وجوبنك (Meltzoff&Gopnik,1993) أن الأطفال في المراحل الأولى من العمر يعرفون أكثر بكثير مما يعتقده بياجيه، و الذي سادت نظريته لأكثر من نصف قرن في مجال النمو المعرفي،وعندما حاول الباحثون دراسة كيف يستطيع الأطفال معرفة الحالة العقلية للأخريين من خلال معرفة نواياهم ومعتقداتهم ورغباتهم، فقد تبين لهم أنه من خلال النظام الاستدلالي يمكن التنبؤ بسلوك الآخرين وحالتهم العقلية لذا سميت بنظرية العقل TOM.

ويرى كندرمان (Kinderman,1998) أن هناك بعض الأدلة على أن نظرية العقل قد يكون لديها أصول تطورية سابقة، وذلك لأن مهارات نظرية العقل التقليدية هي تلك التي يتوقع الشخص ملاحظتها عند طفل طبيعي من عمر 3 ـ 4 سنوات.

أن الوظيفة التنفيذية للعقل هي الآلية المفترضة التي تمكن الشخص الطبيعي لتحويل مرونة الانتباه ومنع الاستجابات الصحيحة وإصدار سلوك موجه نحو الهدف وحل المشاكل بطرق متنوعة.

ويذكر آلان ليزلي (Alan Leslie,1987)، أن إحدى الموظفات قامت بإعداد مشروع وعرضته خلال اجتماع لطاقم العمل، وفي منتصف العرض لاحظت بأن أحد الزملاء ينظر إلى ساعته ويتنهد، بينما بدأ شخص آخر بالتململ إلى جانب أشخاص آخرين، ومع أنها لم تنهِ وصف ما صممته، إلا أنها قررت من نفسها أن تنهي المناقشة ومن ثم أخبرها أحد زملائها الذي كان على حافة النوم أثناء حديثها بأن مشروعها يبدو شيقا.

ففي المثال السابق، بدت المتحدثة قادرة على قراءة الأفكار غير الشفوية للآخرين والتي تشير لكونهم متململين ومتعبين، وبالتالي قررت أن تنهي مناقشتها

حيث إنها أدركت بأن تعليق زميلها النائم حول المشروع هو "كذبة" وبأن تعليقه هذا لا يتماشى مع سلوكه أو اعتقاده ولكن عكس رغبته في مجاملتها.

ويرى المؤلفان أن ما حدث في المثال السابق هو أمر يتمشى مع الطبيعة الإنسانية، فعندما يفسر الفرد أفكار ومشاعر الأشخاص الآخرين، فإن هذا التفسير هو الموجه الاول في التفاعل الاجتماعي فيما بينه وبين الاخرين، وهذا لا يكفي الا انه يجب على الشخص في اثناء عمليات التفاعل الاجتماعي، إعمال العقل وإسناد التصرفات والايماءات التي تحدث من الاشخاص الاخرين الى عوامل عديدة يتداخل بعضها وينفرد البعض الآخر، إلا أنه وفي غالب الاحيان تكون النظرة إلى الآخر نظرة تكاملية للحدث الفعلي مع الاحداث والافعال السابقة للشخص ذاته أو لمجموعة من الاشخاص حسب السياق، والتكاملية التي يجب ان ينظر إليها الشخص في تفاعله مع الآخر تكون في إطار القدرة على ادراك الافكار والقدرة على تفسير الحدث والتصور الممكن لبيئة الحدث والإلمام بالمعتقدات والنوايا والرغبات والمشاعروالمعرفة السائدة، ومن ذلك كله ينبغي على الشخص استنباط فهم تصرفات وسلوكيات الآخر.

## تعريفات نظرية العقل:

على الرغم من حداثة نظرية العقل (Theory of Mind) فإنها قد استطاعت أن تجد لها موقعاً في علم النفس المعرفي، وعلم نفس النمو، وعلم النفس الإكلينيكي، حيث تتشكل نظرية العقل لدى الفرد إذا عزا الحالات الذهنية لنفسه وللآخرين. وربما ينظر إلى هذا النظام الاستدلالي كنظرية لأن مثل هذه الحالات لا يمكن رصدها بشكل مباشر، ويمكن استخدام النظام لعمل تنبؤات حول سلوك الآخرين" بريماك و وودروف (Premack &Woodruf ,1978).

وبين ديفيد بيت (David Pitt، 2004) أنها تقوم على بيان قدرة الفرد على التنبؤ بسلوك الآخرين ورغباتهم وفهم التمثيلات المعرفية لذاته و للآخرين، وهي مماثلة لنظرية التمثيل العقلي، وتفترض أن الدماغ هو نوع من الكمبيوتر وأن العمليات العقلية هي تقديرات أو تخمينات.

بينما أوضح سدرندوف (Suddendorf ، 1998) أن الطفل إذا استطاع أن يعزو لنفسه حالة عقلية أخرى حتى لو اختلفت مع حالته العقلية الحالية فإن ذلك يشير إلى بنية معرفية وقد وصفت البنية المعرفية لـ (TOM) على أنها نموذج فطري تنشط حول سن الثالثة من العمر.

ويذكر كل من لويس وميتشل (Lewis & Mitchell,1994)، أن نظرية العقل تعرف على أنها القدرة على تقديم استدلالات عن الآخرين والتنبؤ بسلوكهم.

ونظرية العقل كما عرفها كل من شاندلر وهالا واستنغتون، (Chandler & Hala,1991)، (Astington, 1998)، : هي المفهوم المستخدم للدلالة على قدرة الفرد لإدراك الأفكار والتصورات العقلية والتفسيرات التي يعتمد عليها الأفراد الآخرون لتفسير ما يحدث في محيطهم المعيشي، وتتمثل في المعتقدات والنوايا والمعرفة والرغبات. وبمعنى أبسط، فإن نظرية العقل هي نظام استنباط يمكن الفرد من فهم سلوك وتصرفات الآخرين. وإنما يطلق عليها اسم نظرية لأن الحالات العقلية لا يمكن معرفتها بصورة قاطعة ومباشرة.



نظرية العقل عرفها كل من شاندلر وهالا واستنغتون
(Chandler & Hala,1991)،(Astington 1998)
بأنها المفهوم المستخدم للدلالة على قدرة الفرد لإدراك الأفكار والتصورات العقلية والتفسيرات التي يعتمد عليها الأفراد الآخرون لتفسير ما يحدث في محيطهم المعيشي، وتتمثل في المعتقدات والنوايا والمعرفة والرغبات، وبمعنى أبسط، فإن نظرية العقل هي نظام استنباط يمكن الفرد من فهم سلوك وتصرفات الآخرين، وإنما يطلق عليها اسم نظرية لأن الحالات العقلية لا يمكن معرفتها بصورة قاطعة ومباشرة

ونظرية العقل عند ويلمان (Wellman ,1993).

وعرف ويلمان (Wellman,1993)نظرية العقل بأنها القدرة على عزو الحالات العقلية إلى الذات وإلى الآخرين.وهذه القدرة على معرفة العقل مطلوبة في جميع التفاعلات البشرية، كما أنها ضرورية لفهم سلوك الآخرين وتفسيره والتنبؤ به والتحكم به.وبالنسبة لويلمان، فإن هذه القدرة تتضمن عنصرين:

المفهوم العلمي الوجودي أي القدرة على تمييز العالم الحقيقي والعالم العقلي

المفهوم النسبي أي القدرة على فهم العلاقات النسبية المتبادلة بين الحالات العقلية والعالم السلوكي المادي،ويعتبر اكتساب قدرات نظرية العقل لدى الأطفال أحد الانجازات التطورية الرئيسة في الأعوام القليلة الأولى من الحياة.

وقد ذكر آلان ليزلي (Alan Leslie, 1987) أن بداية السنة الثانية من العمر تنبثق فيها بعض التضمينات لنظرية العقل عن طريق الإيماء والتعبير اللفظي،وقد بين على وجود أدلة تبين أن القدرة على استخدام نظرية العقل تنبثق في سنوات ما قبل المدرسة لدى الأطفال، وهي تظهر في عدد من الطرق التي تضم التطور الأخلاقي والمعرفة الصحيحة، وفهم المعتقدات الخاطئة، والتمييز بين الحقيقة والواقع وجوانب معينة من الاتصال تتطابق مع الحالة العقلية لهم، وهذه الطرق بحاجة ماسة إلى التمثيلات البعدية، والتي تربط بين القدرة على التخيل وفهمه لدى الآخرين واستخدام نظرية العقل،وبذلك يكون اللعب التخيلي أحد المظاهر المبكرة للقدرة على تمييز واستخدام علاقات الفرد المعرفية والعلاقات بالآخرين والمعلومات المكونة لديه عنهم. وهذه المقدرة التي تعتبر أساسية في نظرية العقل، سوف تضم في النهاية علاقات مميزة مثل الاعتقاد والتوقع والتأمل واستخدام هذه العلاقات مع الآخرين.

وبين ديفيد بيت
(David Pitt, 2004)
أن نظرية العقل تقوم على بيان قدرة الفرد على التنبؤ بسلوك الآخرين ورغباتهم وفهم التمثيلات المعرفية لذاته وللآخرين، وهي مماثلة لنظرية التمثيل العقلي وتفترض أن الدماغ هو نوع من الكمبيوتر وأن العمليات العقلية هي تقديرات أو تخمينات

# الفصل الثاني
# أسس بناء نظرية العقل

ويتم تناول هذا الفصل من خلال استعراض الخلفية النظرية لنظرية العقل و آلية اكتساب نظرية العقل وطرق فحصها ثم استعراض مراحل تطور النظرية ثم نتناول الإعاقة العقلية في إطار نظرية العقل.

ومن بين المستجدات الحديثة في علم النفس المعرفي ظهرت نظرية العقل، والتي يمكن توظيفها لدى فئات التربية الخاصة بالدراسة والتحليل حيث اهتمت بجوانب مختلفة تهدف إلى تنمية هؤلاء الأفراد من كل الجوانب وهذا ما أكدته دراسات عدة تناولت نظرية العقل والأفراد الذين يعانون من الإعاقات العقلية Intellectual & Developmental Dis-Abilities، والذين يعانون من التوحد مثل الدراسة التي قام بها كيوتو وناجيما (Kituo,Nagayma,2004) ودراسات أخرى تناولت نظرية العقل مع الصم مثل دراسة باتريسون (Peterson,2002)، كما اهتمت نظرية العقل بالأطفال الذين لديهم اضطرابات لغوية كدراسة ميلر (Miller,2004)، واهتمت كذلك بعدة متلازمات منها متلازمة إسبرجر كدراسة باولر (Bowler، 1992) ومتلازمة داون مثل دراسة شلومو وزملائه (Shlomo, et, al,2003) ودراسة جرانت وزملائه عن متلازمة اكس (X) (Grant,et,al ,2005) ومتلازمة بريدويلي (Prader Willi) في الدراسة التي قام بها هاب (Happe، 1995) ومتلازمة ويليامز كدراسة كات وهيلين (Helen&Kate ،2005)، وقد تنوعت الدراسات والآراء التي تناولت الإعاقة العقلية بمفردها والإعاقة العقلية بمقارنة مع فئات أخرى من فئات التربية الخاصة.

ترتبط فكرة الاستعداد لمواجهة متطلبات الحياة بتبصر عالٍ في طبيعة النمو المعرفي، ولقد قدم بياجيه وصفاً ملائماً لطبيعة العمليات التي تجري في مرحلة الطفولة المبكرة وذلك من خلال ميكانيزمات أساسية هي التمثل *Assimilation* والمواءمة *Accommodation*.

حيث يشير التمثل: إلى أن الأفراد يتمثلون خبرتهم من خلال الفهم الموجود لديهم.
أما المواءمة: فهي الإمكانية المعاكسة، فكما أن الفهم السابق يؤثر على المعلومات الآنية فإن المعلومات الآنية تغير في الفهم السابق.

ومن الصعب الحديث في الوقت الحاضر عن نظرية موحدة يتبناها علم النفس التطوري بعد نظرية بياجيه عن المعرفة (Epistemology)، وهناك آراء عديدة لنظريات عديدة في عملية التغيير التي تحدث لدى الأطفال وهي:

1- النظرية الترابطية (Connectionism): وهي من نظريات التعلم، وترى أن سلوك الإنسان سلوك متعلم بفعل التفاعل مع البيئة، وترى انه من الممكن تفسير سلوك الإنسان على انه ترابط بين مثير (Stimulus) واستجابة (Response) دون الحاجة إلى متغيرات وسيطة كالعقل أو الفكر أو الوجدان، على اعتبار أن هذه المفاهيم غامضة و غير قابلة للملاحظة و القياس المباشر (Meltzoff ,1993).

2- النظرية الفطرية (Nativism): حيث يرى فودور (Fodor,1976) أن الدماغ مكون من وحدات معالجة (modules) متخصصة تعمل باستقلالية عن بعضها بعضا، وأن هذه الوحدات محددة وراثياً عبر الجينات، وأن لكل وحدة معالجة عملياتها ومدخلاتها الخاصة بها.

3- نظرية السياق الاجتماعي لفيجوتسكي (Vygoytsky): حيث ركزت على التعلم والنمو العقلي ودور التربية والتعليم فهما حجر الأساس في نمو الطفل وتطوره، وقد اتفق مع جان بياجيه في أن الإنسان يولد بمنعكسات فطرية بسيطة هي الوظائف الأولية أو البدائية (Elementary)، وهو يرى أن جذور العمليات العقلية العليا تكمن في العمليات الاجتماعية، وانه لا يمكن فهمها إلا من خلال الأدوات والإشارات التي تتوسطها والتي تساعد في تحسين الوظائف العقلية (Siegler 2005).

4- نظرية النظرية (**Theory of theory**): تجمع هذه النظرية بين العناصر الايجابية في النظريات السابقة من حيث نظرتها إلى النمو والتطور المعرفي واللغوي عند الطفل، فهي ترى أن الأطفال يتمتعون بقدرات فطرية عالية لاكتساب اللغة و المعرفة، وفي الوقت ذاته أشار كل من كاربنديل وهالا **(Carpendale & Hala ,1997)** إلى حدوث تغير نوعي في أنماط سلوكهم مع مرور الوقت بفعل المتغيرات البيئية والسياق الاجتماعي الثقافي الذي يعيش فيه الأطفال. وتتبع تسمية النظرية بهذا الاسم من كونها ترى أن للأطفال نظريات خاصة بهم، إذ يرى أنصار هذه النظرية أمثال جوبنك وفلافيل **(Gopnik & Flavell,1993)** وبيرنر **(Perner,1991)**، وويلمان **(Wellman,1990)** أن النمو والتطور المعرفي عند الطفل يشبه إلى حد كبير تغير نظريات العلوم المختلفة مع مرور الزمن.

5- نظرية معالجة المعلومات: ركز أصحابها على أربع عمليات من التغيير وهي:

- *الأتمتة Automatization*: وتعني استخدام معالجات عقلية بطريقة فاعلة وبصورة أوتوماتيكية ومع ازدياد خبرة الفرد وتطوره بالعمر تزداد إمكانية قيامة بالمعالجة بصورة شبه آلية في العديد من المهمات.
- *الترميز Encoding*: ويعني تحديد المعالم الأكثر ارتباطا بالأشياء والأحداث التي يمر بها الطفل وتستخدم لتشكيل تمثيلات داخلية له.
- *التعميم Generalization*: ويعني أن الطفل يربط ناتج الأحداث بتكرار خبرة عدم النجاح في الأحداث التي تواجهه.
- *بناء استراتيجية Strtegy construction*: وتعني أن تكرار خبرات عدم النجاح في المهمات يؤدي إلى التغيير في المعالجات، ويوصل إلى نجاح في الأحداث المشابهة لما يمر به الطفل، وفي هذه الحالة يكون قد حقق عملية الترميز أيضا، وتبين نظرية معالجة المعلومات أن التحسن في أداءات الأطفال يعتمد بشكل مكثف على التغيير في المعالجات الأربع **(Siegler ,2005)**.

وتبين من استعراض النظريات السابقة أن البياجيين وأصحاب نظرية معالجة المعلومات يركزون على عمليات معينة مثل الترميز والذي يسهم في حل المشكلات والمحاكمات العقلية وتطور التعلم وتحسين الأداء، وكل أصحاب هذه النظريات كان همهم الأساسي هو محاولة فهم ما يجري داخل عقل الإنسان.

وقد أكد آلان ليزلي **(Leslie,1987)**، أن علماء النفس المعرفيين أشاروا إلى أن التخيل يحتوي على نوع غريب من القدرات ويثير اللعب الموجه نحو الواقع والذي يستجيب لخصائص شيء ما بمعرفة حقيقية عن طريق استخداماته التقليدية للعديد من المواقف الحياتية الهامة. واللعب التخيلي يثير تساؤلات واستفسارات أكثر عمقا. كيف يمكن لطفل أن يفكر بالموزة على أنها تلفون، وبقطعة البلاستيك على أنها كائن حي، أو بصحن فارغ على انه يحتوي على صابونة؟ وإذا ما كان النظام التمثيلي يتطور، فكيف يمكن لارتباطات المعنى المتعلقة به أن تكتسب، و كيف يمكن لأطفال صغار أن يربطوا بين الوضع الواقعي وعملية التخيل.

ويبدو أن التخيل يعارض ويشتت معرفة الطفل للوضع الواقعي بوسائل متعددة وبدرجات متفاوتة في حالة عدم التنظيم البيئي والمشاركة الايجابية من المحيطين بالطفل، وبالتالي فلكي يفهم الطفل بأنه قد يعتقد شخص آخر بأن "هذه الموزة حقيقية" أو أنهم قد يتخيلون بأن "هذه الموزة حقيقية"، فقد يحتاج (حسب رأي ليزلي) لأن يكون قادراً على تمثيل مقاصد الآخرين ونواياهم. والعلاقة بين التمثيل البعدي للتخيل وتطور حس الطفل العام أو نظرية العقل علاقة ارتباطية تامة.

وهذا يؤكد ما توصل إليه بريماك وودرف **(Premack &Woodruff, 1978)** اللذان أكدا على قدرة الشخص على ان ينسب الحالات العقلية لنفسه وللآخرين وللتنبؤ بالسلوك على أساس مواقف حياتية أخرى.

ويتضح ذلك من خلال المثال التالي: قفز حسام إلى داخل ممر البقالة (سلوك) لأنه اعتقد أن السماء تمطر وحرص على أن لا تبل ملابسه. وفي مثل هذه المواقف تنتاب الفرد جملة من المعتقدات والرغبات المتداخلة والمتشابكة والتي قد تؤدي لتفسير سلوك

معين أو للتنبؤ به، وقد يلاحظ الكثيرون على أطفالهم أثناء النوم بعض السلوكات المثيرة للدهشة ويحتاجون إلى تفسير لها، ويمكن تفسيرها بأن جملة المعتقدات والرغبات تظهر مثل هذه السلوكيات، وفي المثال السابق لا يهم إذا كانت السماء تمطر أو لا، مثلا لأن حسام اعتقد بأن السماء تمطر، ولذلك قام بالقفز.وبناءً على ذلك فإن توظيف نظرية العقل يتطلب أن يستوعب الفرد الحالات الغامضة لديه ولدى الآخرين.

حيث يرى بارون كوهين (Baron-Cohen، 1993) أن العقل يتكون من جملة من المعتقدات، الرغبات، العواطف، الإدراكات أو النوايا، ونظرية العقل هي القدرة على عزو هذه الأوضاع الذهنية للذات أو للآخرين بغية التعرف والفهم أو التنبؤ بسلوك ما، ويضم هذا تمييز في تفسير السلوك بين الواقع والعمليات التي تجرى بالعقل. فالأفراد ممن يعانون خللاً ناتجاً من إعاقات النمو يميلون لأن يكونوا أقل قدرة "على قراءة العقل" مقارنة بأقرانهم من العاديين، يبدأ تطور العقل في مرحلة مبكرة من الحياة، حيث يستطيع الأطفال عموماً التمييز بين التعابير المختلفة للوجه. وما أن يتمكن الأطفال الصغار من ترجمة تعابير الوجه للآخرين، ويبدؤون بمواءمة هذه التعابير لتوجيه سلوكهم.

فعلى سبيل المثال، قد ينظر الطفل الذي أصبح بإمكانه المشي إلى وجه أمه محاولا أن يدرك ما إذا كان اقترابه من شخص غريب أمرا لا بأس به، أم يدرك من تعابير وجه أمه شيئاً آخر، فيقومون بإدراك أن سلوك الآخرين أصبح هدفاً موجهاً بالنسبة له، فعلى سبيل المثال، قد يشد الطفل يد شخص بالغ ويستخدمها للوصول لغرض ما، وفي هذه الحالة قد يصل إلى مفهوم التواصل المدرك والذي يحدث في مرحلة مبكرة على شكل إيماءات وتحركات باستخدام لغة بسيطة، وهنا قد يتم استخدام التنبيه المقصود كاستراتيجية لتحسين التواصل كأن يستخدم بعض طرق الاتصال كالإشارة إلى أو إحضار شيء مرغوب لشخص آخر، أو تغيير نظرة العين لجذب الانتباه لمشاركة الآخرين، ويقوم الأطفال في عمر السنتين باللعب التخيلي ويظهرون بعض

دلالات التعرف أو الفهم للألعاب أو بعض السلوكات بالتخيل (كالتخيل بأن قالباً ما هو سيارة).

وقد بين آلان ليزلي **(Leslie,1987)** أن الوضع الطبيعي في تطور نظرية العقل يكمن في القدرة على التخيل، حيث يعتبر القدرة على التخيل إحدى التطورات الرئيسة التي تحدث في العام الثاني من حياة الإنسان. ويبدو أن التخيل يعارض ويشتت معرفة الطفل للوضع الواقعي. ويكشف هذا النموذج أيضاً أن التخيل هو عبارة عن إظهار مبكر للقدرة على فهم الحالات العقلية.وينطبق هذا مع الأشخاص العاديين أو الأشخاص ذوي الإعاقات وعند ما يقارب السنتين من العمر، ويرى بارون **(Baron-Cohen، 1993)** أنه بإمكان الأطفال التنبؤ برغبات الآخرين، بمعنى آخر، بإمكانهم فهم ما قد يرغب فيه الأشخاص الآخرون والذي قد يختلف عن رغباتهم هم، وبينما لا يجد الأطفال ذوو إعاقات النمو صعوبة في فهم الرغبات البسيطة مقارنة بالعمليات العقلية الأخرى، كالمعتقدات، لا يزالون أقل من أقرانهم في هذه الناحية من التطور.

وقد تبين من عرض وتحليل النظريات السابقة أنها أسهمت في فكر ومعتقدات أصحاب نظرية العقل.

## آلية اكتساب نظرية العقل:

عرض مور **(Moore ,1996)** وجهات نظر متباينة فيما يتعلق بالعمر المحدد الذي يتم فيه اكتساب نظرية العقل، حيث اقترح بعض الباحثين الذين يتبنون وجهة نظر التعليم المبكر أن سن الثانية والنصف هو العمر الذي يكون فيه الأطفال قادرين على استخدام استراتيجيات مخادعة، وأنهم في العام الثالث من العمر يصبحون قادرين على معرفة الرغبات والقيم ولديهم القدرة على التمييز والتفضيل وعلى الإجابة عن الأسئلة المحددة والمباشرة فيما يتعلق بنظرية العقل.

أما الباحثون الآخرون الذين يتبنون وجهة نظر التعليم في مرحلة المدرسة، فقد أكدوا أن قدرات نظرية العقل تكون موجودة فقط بعد سن الرابعة وقد ترتبط بعض الفروق بين هذين الاتجاهين بالمهمات المستخدمة لفحص قدرات نظرية العقل، ويمكن أن تكون بعض المهمات أسهل من مهمات أخرى، كما يمكن أن توجد في عمر زمني

أصغر أو عمر عقلي أقل. بينما هناك مهمات أخرى أكثر صعوبة وتوجد فقط عند عمر زمني أو عقلي أكبر.

وقد ذكر آلان ليزلي (Alan Leslie, 1987) أن بداية السنة الثانية من العمر تنبثق فيها بعض التضمينات لنظرية العقل عن طريق الإيماء والتعبير اللفظي، وقد بين على وجود أدلة تبين أن القدرة على استخدام نظرية العقل تنبثق في سنوات ما قبل المدرسة لدى الأطفال، وهي تظهر في عدد من الطرق التي تضم التطور الأخلاقي والمعرفة الصحيحة، وفهم المعتقدات الخاطئة، والتمييز بين الحقيقة والواقع وجوانب معينة من الاتصال تتطابق مع الحالة العقلية لهم، وهذه الطرق بحاجة ماسة إلى التمثيلات البعدية، والتي تربط بين القدرة على التخيل وفهمه لدى الآخرين واستخدام نظرية العقل، وبذلك يكون اللعب التخيلي أحد المظاهر المبكرة للقدرة على تمييز واستخدام علاقات الفرد المعرفية والعلاقات بالآخرين والمعلومات المكونة لديه عنهم. وهذه المقدرة التي تعتبر أساسية في نظرية العقل، سوف تضم في النهاية علاقات مميزة مثل الاعتقاد والتوقع والتأمل واستخدام هذه العلاقات مع الآخرين، كما توصل كل من شاندلر وهالا واستنفتون، (Astington، 1998) (Chandler & Hala,1991) إلى أن الأطفال في سن الخامسة يبدأون في اكتساب مهارة تمييز الأفكار على أساسين مهمين وهما: النية والمعتقدات الخاطئة.

فعلى سبيل المثال، لا يستطيع الشخص (أ) معرفة ما يعتقده الشخص (ب) ولكن يمكن للشخص (أ) أن يستخدم التخمين في استنباط ما يمكن أن يكون في اعتقاد الشخص (ب) وينوي عمله. وبمجرد أن يصل الشخص (أ) لاستنباط ما بخصوص اعتقاد الشخص الآخر (ب)، فإنه يمكنه حينها وضع تصور لسلوك هذا الفرد في مواقف معينة بل وتفسير الأفعال التي قام بها الشخص (ب). وبمعنى أبسط، إن الشخص الذي يستطيع أن يطور نظرية العقل الخاصه به يتمكن من تفسير حالاته العقلية في إطار الحالات العقلية للآخرين، ومن ناحية أخرى، فإن الأطفال يميلون لوصف الناس في نطاق حالاتهم العقلية وليس في نطاق سلوكهم.

وقد توصل كل من ليلارد وفلافيل (Lillard & Flavell ,1990)، إلى أن الأطفال يركزون على الحالات العقلية وراء تصرفات الأفراد الآخرين عند وصفهم لها. فهم يفعلون

ذلك للوصول إلى تفسير لأفعال الآخرين أو التنبؤ بها، وتوصل كل من شاندلر وهالا واستنغتون، (Chandler & Hala ,1991)، (Astington,1998)، إلى مفهومين رئيسين فيما يخص موضوع فهم الحالات العقلية هما: الاعتقاد الخطأ والنية. فالاعتقاد الخطأ هو مفهوم يأتي للدلالة على اعتناق أحد الأشخاص لأفكار لا تطابق الحقيقة بدقة. ففي التجارب التي أجريت بشأن فكرة "الاعتقاد الخطأ"، يوضع الطفل في واقع بحيث يكون اعتقاده الذاتي ممثلاً في أن الشخص "س" هو الشخص المخطئ في حين أنه يعلم بأن هناك من يظنون أن الشخص "ص" هو الشخص المخطئ. و بناءً على اعتقادات الأفراد الموالين للشخص "ص" (أي الأفراد ذوي الاعتقاد الخطأ)، يسأل الطفل عن سلوك هذا الشخص.

وقد تبين أن معظم الأطفال قبل سن الرابعة لا يستطيعون التمييز بين الأفكار المتضاربة، في حين وجد أن بعض الأطفال تمكنوا من التمييز بين الأفكار المتضاربة، بحيث كان عليهم التمييز بين إيحاءات السائل و الذاكرة الأصلية لديهم، وتبين أن هؤلاء الأطفال كانوا أكثر تمييزا للمعلومات الخاطئة التي يوحي بها سائلهم وبالتالي لم ينساقوا وراء هذه المعلومات مؤكدين أفكارهم الأصلية عن الحقيقة كما تجلت لهم.

ويعد إدراك الأطفال لنية السائل العامل الثاني الذي قد يؤثر في انسياقهم وراء الأسئلة الإيحائية، وتعرف النية بالمعنى البسيط على أنها: ما يساعد الفرد على التمييز بين الأشياء التي يفعلها عن قصد والأشياء التي تحدث له ببساطة. وتتكون من هدف ووسيلة، ولابد من توافر هذين العاملين حتى يكون هناك ما يمكن تسميته بالنية. فعلى سبيل المثال، إذا ما أراد شخص شيئا فإن هذا الشخص سيعزم النية على الحصول عليه. وبالتالي فإن هذا الشخص سينتهج سلوكا معيناً من أجل الوصول إلى هذا الغرض مما سيؤدي لنتيجة حتمية. وتتطور قدرة الأطفال على إدراك الطبيعة السببية للنية بشكل كبير بين الأعمار من **5** إلى **10** سنين.

وقد أشار كل من زيلازو وهيلوينج ولُو (Zelazo & Helwig Lau,1996) إلى أن معظم الأطفال في عمر الثالثة اعتمدوا كثيرا على نية الفاعل للحكم على الفعل وهذا عكس ما كان متوقعا منهم، حيث تشير نظرية العقل إلى نظام سببي تجريدي يساعد الأفراد في تفسير وتوقع الأنماط السلوكية لشخص ما من خلال مراقبة الحالات العقلية المتعددة لهذا الشخص مثل اعتقاداته ونواياه ورغباته، حيث بينت نتائج هذه

التجارب وجود علاقة قوية بين اكتساب (TOM) وبين تنمية المهارات المتنوعة المراد تنميتها، ويذكر بور **(Bower, 1993)** أن محتويات التمثيلات المعرفية للمعتقدات الصحيحة تتحدد عن طريق تحديد الحالات العقلية للعالم الحقيقي، بينما تعتمد التنبؤات لسلوك الآخرين على المعتقدات الخطأ لتظهر تقديرات للطبيعة التمثيلية للحالات العقلية للآخرين، كأن الطفل يدرك الطفل إن الناس يمكن أن يبحثوا عن جسم ما في المكان الذي يعتقدون أنه موجود فيه وليس المكان الموجود فيه فعلا، أما عندما يسلك الفرد بطريقة صحيحة وفقا للواقع الحقيقي للأشياء، فإنه يصعب قياس مستوى نظرية العقل لدى الطفل لعدم وجود اختلاف بين تمثيلات الطفل للعالم الحقيقي وتمثيلاته لمعتقدات الآخرين، لهذا شاع اعتبار مجال المعتقدات الخاطئة من المؤشرات الدالة على تشكل نظرية العقل لدى الطفل.

وبين كوهين **(Cohen ,1995)** أن نظرية العقل الكاملة تتطلب نظاما تمثيليا، وهذا يساعد على إعداد رسم بياني أو خريطة للحالة العاطفية للآخرين بطريقة مختلفة عن طريقة التقاط مشاعرهم مباشرة. على سبيل المثال، النية يمكن رسمها عبر خارطة للتمثيل العاطفي، بدءا من "الثعلب يلاحق الدجاجة" (هدف موجه) إلى "الثعلب يحاول الإمساك بالدجاجة" (النية) إلى "الثعلب يريد التهام الدجاجة" (الدافع) إلى "الثعلب يطارد الدجاجة و يحاول الإمساك بها لأنه جائع و يريد التهامها" (الشعور). كذلك الأمر بالنسبة للدجاجة: إنها تهرب (هدف محدد) بعيدا عن الثعلب (النية) لأنها تخشى (الشعور) أن تؤكل (الدافع)، مثل هذه المشاركات الدوافعية و العاطفية قد تؤدي إلى حالة الإدراك الحسي بالنسبة للآخرين، وهذا يعتبر العلامة الدالة في النظرية العقلية.

هذه المناقشة تترك بعض التساؤلات المثيرة. ألا يبدو من المناسب أن المشاركة بالدوافع و المشاعر يمكن أن تؤدي إلى تكوين مفهوم شخصي لدى الطفل بأن الدجاجة تعلم أن الثعلب يحاول الإمساك بها؟ في أية مرحلة يبدأ الأطفال حقيقة بالعمل على مشاركة الآخرين في حالات الشعور والدوافع؟ وهذا بحاجة إلى تفكير مركب، فعندما يبلغ الطفل الرابعة من عمره يصبح قادرا على التفكير المركب عبر تراكيب التماثيل البعدية، وهذا يظهر من خلال تنبؤ الطفل ذي الأربعة أعوام بالنتائج السلوكية لشخص يمتلك معتقدات خاطئة ولتوضيح استخدام هذه القدرة.

نسوق المثال التالي:يخفي عمر قطعة من الشيكولاته في صندوق ويذهب. وبدون معرفة من قام بإخفائها، يقوم إسلام بنقلها إلى صندوق آخر ويغادر.يعود عمر الذي أخفى الشيكولاته، فأين سيبحث عمر عن قطعة الشيكولاته؟

يمكن إجراء هذا الاختبار البسيط بسهولة للأطفال بصفة عامة أو الأطفال المعاقين عقليا، ويمكن فحص إذا ما كان الأطفال يتذكرون تغيير أماكن الأشياء عن طريق أسئلة مناسبة، وسوف تتباين الاستجابات فيما بين تنبؤ الطفل النابع من معرفته الذاتية أو تنبؤ الطفل بما يفكر فيه الشخص الذي قام بعملية الإخفاء وبالتالي تبنى استجابته على معتقدات هذا الشخص الخطأ، ويتضح أن هنالك فرقاً بين التخيل والاعتقاد الخطأ تظهر بأنهما مختلفان من حيث تسلسل التفكير المنطقي المطلوب.ففي التخيل تكون علاقات التمثيل البعدي مشروطة بشكل أساسي، أما في فهم الاعتقاد الخاطئ، فيتصور تسلسلية الأحداث للوصول إلى التنبؤ بالاستجابة.

وعرض بيرنر وليكمان ويمر (Perner , Leekam & Wimmer، 1987)، على أطفال يبلغون من العمر ثلاثة أعوام علبة حلوى معروفة لدى جميع الأطفال البريطانيين وطلب منهم ان يذكروا ما يعتقدون انه سوف يكون بداخلها. وبشكل طبيعي، أجابوا: "حلوى سمارتيز"، ثم عرض عليهم بعد ذلك أن العلبة قد احتوت في الحقيقة على قلم، وبعد ذلك كان معظمهم قادرا على التذكر ومعرفتهم باعتقادهم الخطأ. وعلى الرغم من ذلك، عندما سئلوا عمّا يمكن لأصدقائهم أن يعتقدوه عندما يرون علبة الحلوى، لم يكن نصفهم تقريبا قادرا على التنبؤ بالاعتقاد الخطأ الذي عانوا منه شخصيا، وقالوا بدلا من ذلك "قلم"، وتكمن مشكلة أطفال العام الثالث في فهم كيف يمكن للاعتقاد الخطأ أن يظهر، وشعورهم بالسعادة عندما ينسبون لأنفسهم معرفة فائقة.

وأرجع ليزلي (Alan Leslie ,1987) جذور الصعوبات التي تواجه الطفل إلى فهم الطريقة التي تكون فيها الحالات العقلية جزءا من الصورة العقلية المكونة لديه عن البيئة المحيطة.

ولقد أظهر ويلهام (Wellman ,1985) أن الطفل الذي يبلغ الثالثة لديه أفكار محددة حول الطريقة التي توجد بها الحالة العقلية. فهم مثلا يفهمون أن الموزة يمكن أن تؤكل ولكن الأفكار المتعلقة بها قد لا تكون كذلك. وبذلك فإنهم يفكرون بالحالات العقلية على أنها غير مادية ومجردة.

وأشار ليزلي إلى أن التركيز على عدم المادية يعد من الخطوات الصعبة على الطفل في التفكير بالحالات على أنها وحدات مجردة وبين أن التراكيب التمثيلية الأساسية لنظرية العقل تتخذ مكانها من خلال انبثاق آلية التفكيك. واعتمادا على هذا الأساس، فإن تطور المعرفة الاستنتاجية المتخصصة تبني نظرية سببية قوية.

ويمكن للفرد أيضا أن يتساءل عن التطور غير السوي، وتوجد أعمال كثيرة تبين القدرة على التمثيل البعدي لدى إعاقات النمو.

ويمكن تقييم اكتساب نظرية العقل من خلال ثلاث مهمات وهي فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الأولى (False Belief)، فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الثانية، فحص زلة اللسان.

وفيما يلي توضيح لآلية اكتساب نظرية العقل (TOM): لفحص المعتقد الخطأ من الدرجة الأولى (False Belief) حيث يتطور عند الأطفال في عمر **3 ـ 4** سنوات.

أشار كل من بارون كوهين (**Baron-Cohen، 1985**) ، فلافيل (**Flavell, 1993**)، جوبنك (**Gopnik ، 1993**)، إن فحص المعتقد الخطأ أصبح الأداة القياسية المعتمدة لفحص اكتساب الطفل لقدرات (TOM)، إن عزو فحص المعتقد يتوجه نحو فهم لحقيقة أن الحالة العقلية هي توجه تمثيلي للعالم بدلا من التوجه نحو العالم الحقيقي نفسه.

وفي الوقت الذي ينحى المعتقد الخطأ نحو تمثيل للعالم الحقيقي، ألا أن توقع سلوك الشخص الآخر والمعتمد على المعتقد الخطأ يبين الطبيعة التمثيلية للحالة العقلية، والمثال على ذلك عندما يفهم الطفل أن الأشخاص سوف يبحثون عن الشيء في المكان الذي يعتقدون أنه موجود فيه وليس في المكان الذي يعرفه الطفل، إذاً يجب على الشخص أن يعرف أن التمثيل يكون خطأ ولكن ما وراء التمثيل (Metarepresentation) يبقى صحيحا، بمعنى أن الشخص الآخر يحمل معتقدا خطأ، والمعتقد الخطأ يشتمل على عنصر تنفيذي لأنه مطلوب من الفرد أن ينفصل عن المحتوى التمثيلي الحالي كي يتمكن من افتراض معتقد مختلف لشخص آخر.

إن الفكرة الجوهرية لاكتساب نظرية العقل تقوم على أن الأطفال يتمكنون من أن يطوروا استيعاباً للحالات العقلية التي يمكنها أن تؤثر على السلوك، ففي عام **1983** تواترت الأبحاث والتجارب حول نظرية العقل **TOM** ومن إحدى التجارب الكلاسيكية في هذا المجال تجربة الفهم الخطأ لاعتقاد ما، حيث أجرى ويمر وبيرنر

(wimmer & Perner 1983) دراسة وهي عبارة عن مجموعة من التجارب لكي يستطيع الطفل أن يعزو المعتقد الخطأ إلى شخص آخر، وقد طورا طرقاً لفحص الفهم الخطأ لاعتقاد ما، وعلى الرغم من أن العديد من الدراسات اللاحقة عدلت هذه المهمة، فإن المهمة التقليدية للاعتقاد الخاطئ كما هي موضحة بالشكل رقم (2): تقوم شخصية تسمى ماكسي Maxi بوضع حلوى الشكولاتة داخل خزانة المطبخ ومن ثم يترك الغرفة للعب وأثناء لعبه ، تدخل أمه الغرفة وتغير مكان الشكولاتة وتضعها في الدرج دون ملاحظة Maxi لهذا التغير، ومن ثم يعود Maxi ويسأل الطفل المشارك عن المكان الذي سيبحث فيه Maxi عن الحلوى، في الخزانة أم في الدرج.

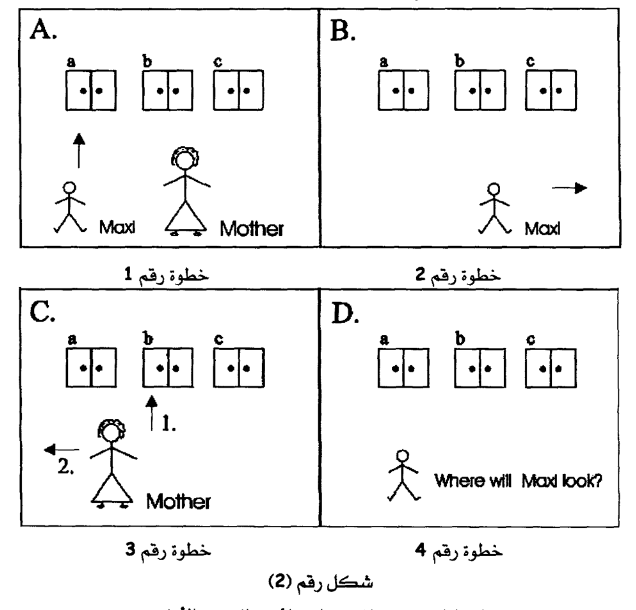
يسأل الطفل عادة أين يعتقد بوجود الحلوى أيضا ،تزيد الإجابات الصحيحة على مهام اخطأ حيث يجيب الأطفال بعمر **30** شهراً عن الأسئلة بشكل صحيح بنسبة **20**٪ من الوقت، أما الأطفال بعمر **44** شهراً فيجيبون بشكل صحيح بنسبة **50**٪ من الوقت، وبعمر **4** سنين يكون أداء الأطفال أفضل من كونه صدفة حيث يجيبون عن معظم الأسئلة بشكل صحيح. وأظهرت العديد من الدراسات بأن غالبية الأطفال من ذوي إعاقات النمو وحتى الذين يتمتعون بذكاء طبيعي يخطئون في تلك الأسئلة. بمعنى آخر، سيجيب الأطفال ذوو إعاقات النمو في هذه الأعمار عادة بأن Maxi سيتوجه للبحث عن الحلوى في الدرج مباشرة. وكأي طفل طبيعي النمو، سيبدأ الطفل بالتركيز وبشكل أكبر على فهم Maxi وقد يقترحون بأن Maxi سيبحث عن الحلوى في الخزانة.

يدرك الطفل ذو النمو الطبيعي بعمر **3** سنوات العواطف البسيطة لدى الآخرين، ولكن يجد صعوبة في فهم الأحاسيس كالمفاجأة الناتجة عن اعتقادات خاطئة، ولكن في عمر **5** سنوات يتمكن الطفل من تمييز المشاعر التي تكون نتيجة غير متوقعة. فعلى سبيل المثال، بإمكان الطفل في عمر **5** سنوات فهم بأن Maxi متفاجئ لأنه ظن بأن الحلوى كانت في الخزانة ولكنها لم تكن هناك حين نظر.

وبالنسبة للأطفال ذوي إعاقات النمو تتوسع صعوبات الاستيعاب العاطفي بمرور الوقت، و لكي ينجح الطفل في هذه المهارة عليه أن يفهم أن ماكسي لا تزال يعتقد بأن الشوكولاته توجد في المكان الذي تركها فيه، ولكي يتمكن الطفل من الإجابة الصحيحة على السؤال يجب عليه أن يكون قادرا، ليس فقط على تمثل الواقع بشكل

صحيح، وإنما أيضا عليه أن يتمثل ما يتمثله ماكسي، إذ إن عليه أن يدرك أن لدى ماكسي اعتقاداً خطأ (False Belief).

تفسير ذلك هو أن الأطفال يطورون مفهوم الحالات العقلية (في هذه الحالة اعتقاد ماكسي أن الشيكولاته موجودة في الخزانة) وأن تلك الحالات العقلية تؤثر على السلوك، وفيما يلي مخطط سهمي للتجربة التي أجريت على الطفل ماكسي لإجابة أفراد العينة عن السؤال التالي؟




خطوة رقم 1 — خطوة رقم 2

خطوة رقم 3 — خطوة رقم 4

شكل رقم (2)

إجراءات فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الأولى

يوضح الشكل رقم (2) إجراءات فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الأولى:

1- تعود الأم من التسوق وتحضر لماكسي شوكولاته ويضع ماكسي الشيكولاته في الدولاب (A).
2- يذهب ماكسي للعب خارجاً.
3- تقوم الأم بأخذ الشوكولاته لتستخدم جزءاً منها لعمل كعكة وتعيد الباقي بنفس العبوة وتعيد الشوكولاته إلى الدولاب (B).
4- يعود ماكسي من اللعب وهو جائع أين سيجد ماكسي الشيكولاته.

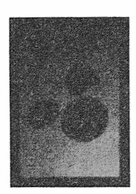
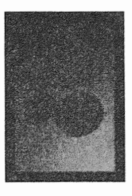
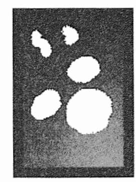
وقد بينت النتائج أن الأطفال ممن تتراوح أعمارهم بين الثلاث إلى الأربع سنوات هم فقط من استطاع الإجابة أن على (ماكسي) أن يبحث عن الشوكولاته في المكان الذي وضعته أمه، حيث استطاع الطفل أن يفرق بين ما هي الحالة وبين ما يعتقده الناس عن هذه الحالة، التي تعتبر نموذجا لفحص المعتقد الخطأ من الدرجة الأولى. (Kerstin ,2005)

عندما يصل الطفل لهذا المستوى من الفهم نستطيع القول انه اكتسب (TOM) والطفل امتلك حالة عقلية تختلف عن حالته العقلية الحالية، والولوج في الحالات العقلية المتباعدة أصبح ممكنا، أن هذه القدرة العقلية لها مدلول لتطور الذكاء الاجتماعي، والتي أخذت حيزاً كبيراً في دراسات الباحثين أمثال كوهين وإستنغتون. (Cohen ،1995)، (Astington,1998)

أيضا فإن اكتساب (TOM) مهم لفهم النفس ومراقبتها وتنظيمها، وعندما يتم فهم الطبيعة التمثيلية للعقل، فإنها سوف تعكس تشكيل ما يعرف بـ "التفكير في التفكير"، مثال يجب أن أكون صحيحا عندما تكون وجهة نظري....، ومن المتوقع أن مثل هذه المهارة تفترض على الشخص الدخول العقلي إلى مكنونات عقله، وطبعا هذه المهارة تفترض اكتساب (TOM).

## فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الأولى:

1. لون الدم أزرق:

**نموذج رقم (1)**

**من المقياس المصور إعداد المؤلفين**

**لفحص المعتقد الخطأ من الدرجة الأولى**

## فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الثانية (يتطور عند الأطفال في عمر 6 ـ 7 سنوات):

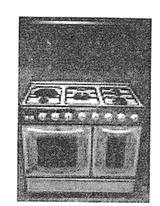
فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الثانية، وتكون المشكلة على النحو التالي:

الرجل والمرأة في الغرفة، المرأة تضع شيئا في مكان ما، مثل وضع كتاب على الرف وبعدها تغادر الغرفة الرجل يخبئ الكتاب في مكان آخر وفي هذه اللحظة تسترق المرأة النظر عليه وهو يغير موقع الكتاب، وهنا يسأل الطفل المفحوص عندما ترجع المرأة ماذا سيفكر الرجل حول ما تفكر به المرأة عن مكان الكتاب؟ ولحل هذه المشكلة، على الطفل أن يكون قادرا أيضا على تمثل خطأ تفكير الرجل عن حالة تفكير المرأة، وقد بينت النتائج أن الأطفال في سن 6 ـ 7 سنوات هم من استطاعوا الإجابة عن هذا المعتقد الخطأ، نول. **(Knoll, 2000)**

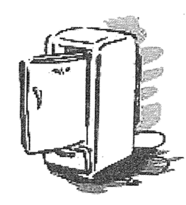
## مثال من المقياس المصور إعداد المؤلفين لفحص نظرية العقل:

**فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الثانية:**

اشترت يمنى قالب حلوى فتناولت قطعة منه، ثم غادرت المنزل برفقة والدها ووضعت قالب الحلوى على سطح الغاز، فهل ما فعلته صحيح؟





**نموذج رقم (2)**

**من المقياس المصور إعداد المؤلفين**

**لفحص المعتقد الخطأ من الدرجة الثانية**

**فحص زلة اللسان تتطور من 9 ـ 11 سنة:**

يعتمد هذا الفحص على أن يقوم المفحوص بقراءة قصة تعتمد على زلة اللسان، ومثال على هذا الفحص "اشترت يمنى مزهرية لتهديها لصاحبتها هبة في عيد زواجها، وكان هناك العديد من الهدايا والتي اختلطت ببعضها.وبعد سنة قامت يمنى بزيارة إلى بيت هبة لتناول العشاء، وفي خلال الجلسة أسقطت يمنى بشكل غير مقصود قارورة ماء على المزهرية مما أدى إلى سقوط المزهرية على الأرض وكسرها فاعتذرت يمنى بشدة عن هذا الحدث وكسرها للمزهرية، فأجابتها هبة: لا تهتمي لذلك فأنا لم أحب هذه المزهرية أبدا شخص ما أهداني إياها في عيد زواجي".

ولفهم زلة اللسان يجب على الشخص أن يتمثل حالتين عقليتين، أولهما: أن من قالها لا يعرف أن عليه أن لا يقولها، وثانيهما: أن من سمعها سوف يشعر بالمهانة والألم.

وهنا يتضح انه يوجد عنصران احدهما عنصر معرفي والآخر عنصر عاطفي مؤثران، وقد تبين أن الفتيات يتقن هذا الفحص في عمر التسع سنوات، وأما الأولاد فإنهم يتقنونه في عمر إحدى عشرة سنة.وسوف يستفاد من هذه المهمات لتقييم مراحل التطور(TOM) عند الأطفال، ومن المحتمل أن يحصل هناك خلل في (TOM) في أي مرحلة من هذه المراحل، وقد تكون على شكل اضطراب نفسي كما يحصل في الأطفال الذين يعانون من الإعاقات المختلفة، وقد بينت دراسات عديدة أن هناك علاقة قوية بين التنظيم المعرفي ونظرية العقل لدى الأشخاص ذوي الإعاقات على تباين أنواعها، وهذا النموذج في بنيته يمكن توضيحه ويكون على النحو التالي:

1- قد تكون (TOM) مشوشة كما في اضطرابات النمو ولكن بنفس الوقت القدرات المعرفية الأخرى تكون سليمة.
2- قد تكون (TOM) سليمة وأما الأعمال أو القدرات المعرفية الأخرى تكون مشوشة كما هو الحال في عرض داون وعرض ويليام.
3- آلية عمل (TOM) تكون سريعة.
4- الـ (TOM) ليست مقتصرة على ثقافة معينة، ولها شكل متماثل في التطور (**Ston & Cohen, 1998**).

**فحص زلة اللسان:**

كانت هبة مريضة فجاء اصدقاؤها ليسلموا عليها وجاءوا بالعديد من الهدايا لم تكن تعرف هبة مصدر كل هدية. ومن بين هذه الهدايا علبة شوكلاته احضرتها ايمان لهبة. وبعد اسبوع قامت ايمان بزيارة هبة ففتحت هبة علبة الشوكلاته وتذوقتها وأعربت عن مدى استيائها من طعم الشوكلاته وهي لا تعلم أن ايمان قد جلبتها. فهل تعتقد أن ايمان فهمت ماذا تقصد هبة؟

"يوضح ذلك باللهجة العامية للطفل"







نموذج رقم (3)

من المقياس المصور إعداد المؤلفين

لفحص زلة اللسان

## مراحل تطور نظرية العقل:

تبدأ نظرية العقل بالتطور في مراحل عمرية مبكرة تماما كالتحول من سياق مثالي ملحوظ لدى الأطفال ذوي إعاقات النمو. وتظهر الذروة في نظرية العقل لدى الأطفال في الأعمار من **3** إلى **4**، وفيما يلي عرض لمراحل تطور نظرية العقل حسب تقسيمات كل من: جوبنيك وبوور وبريك (**Gponik، Boor، Beercke، 1992**)، سامت (**Samet, 1993**)، ستين (**Steen, 1997**).

فقد كشفت دراسة جوبنيك وبوور وبريك (**Gopnik، Boor، Beercke، 1992**) عن وجود المراحل التالية في تطور نظرية العقل لدى الطفل:

1- إن الأطفال في عمر سنة إلى ثلاث سنوات يميزون بين الأحداث الفيزيائية والعقلية فهم يميزون بين الأرنب الحقيقي والأرنب المتخيل.

2- في عمر ثلاث سنوات يميز الأطفال عمليات التفكير عن العمليات العقلية الأخرى ويدركون أن الشخص يمكن أن يفكر في شيء دون أن يشاهده.

3- في عمر الأربع سنوات يدرك الأطفال أن من الممكن أن توجد لدى الآخرين معتقدات خاطئة وأنه يمكن أن تختلف المعتقدات عن الواقع.

4- في عمر خمس سنوات يميز الأطفال بين المعلومات التي تنسى بسرعة وبين المعلومات التي يجب أن يحتفظ بها لفترة طويلة من الزمن.

5- في عمر ست إلى سبع سنوات يدرك الطفل أن الآخرين يمثلون حالة عقلية أخرى.

6- في عمر تسع سنوات إلى احد عشر عاما يطور الطفل قدرة على فهم ومعرفة زلات اللسان التي تظهر عندما ينطق شخص بشيء كان عليه ألا يقوله.

وقد تأكدت هذه المراحل في عدد من الدراسات منها دراسة قام بها ستين **(Steen, 1997)**. حيث أوضح تركيبة (TOM) الميكانيكية من خلال فحص الأحداث الجارية في كل مرحلة من مراحل النمو:

فأولى مراحل (TOM) تكون في حوالي الشهر الثامن عشر، على شكل الانتباه المشترك والتأشير الواضح، ففي الانتباه المشترك يكون الطفل ليس قادرا فقط على فهم ما ينظر إليه الآخرون، ولكن أيضا على أن الطفل والآخرين ينظرون إلى الشيء نفسه. قد يستطيع الطفل قبل سن ثمانية عشر شهرا فهم أن أمه تنظر إلى لعبه كمثال ولكن في حوالي ثمانية عشر شهرا يفهم انه وأمه ينظران إلى نفس اللعبة. أما في مجال التأشير فإن الطفل يستخدمه ليجذب انتباه الكبار إلى الشيء الذي يريده.

والمرحلة الثانية في تطور (TOM) في عمر **18 ـ 24** شهرا وفيها يكون الطفل قادرا على فصل التخيل من الحقيقة، وهذا يكون بين سن ثمانية عشر شهرا والأربعة وعشرين شهرا وفيها يبدأ بفهم الحالة العقلية للتظاهر.

وفي مرحلة ما بين الثلاث والأربع سنوات تتطور القدرة لدى الطفل ليفهم المعتقد الخطأ، وقبل هذه المرحلة لم يكن قادرا على أن يفهم أن للآخرين معتقدات تختلف عن معتقداته، أي أن الطفل يفترض أن الآخرين يعرفون نفس الشيء الذي يعرفه،

وفي هذه المرحلة يبدأ الطفل بين السنة السادسة والسابعة يفهم أن الآخرين يمثلون حالة عقلية أخرى، وفي هذه المرحلة يستطيع أن يحل المعتقد الخاطئ من الدرجة الثانية كما وضح سلفا.

وفي المرحلة الخامسة يطور الطفل بين سن التاسعة والحادية عشرة قدرات أعلى لـ (TOM) مثل القدرة على فهم ومعرفة زلات اللسان، والتي تظهر عندما يتفوه شخص بشيء كان يجب عليه أن لا يقوله. كوهين **(Cohen, 1998)**.

بين كل من سامت **(Samet, 1993)**، وانجلوبولص **(Angelopoulos, 1999)**

كيفية تطور نظرية العقل لدى الأطفال على النحو التالي :

إن المرحلة الأولى لتطور نظرية العقل تحدث بعمر سنة و نصف تقريبا حين يستطيع الطفل أن يدرك أنه وأمه ينظران إلى لعبة واحدة في نفس الوقت.

وأما المرحلة الثانية فهي مرحلة اللعب الإيهامي و فيها يميز الطفل بين التخيل باللعب و بين الحقيقة، ويحدث هذا مابين السنة و النصف و السنتين.

أما في عمر السنوات الثلاث، فإن الأطفال يميزون التفكير عن النشاطات العقلية الأخرى كالتذكر والانتباه، و يعرفون أن الشخص يمكن أن يفكر في شيء دون أن يراه.

وفي عمر أربع سنوات يدرك الأطفال أن الناس يمكن أن تتكون لديهم اعتقادات خاطئة حول ما هو حقيقي.

وفي عمر خمس سنوات يميزون بين المعلومات المختصرة التي تنسى بسرعة و بين تلك المعلومات التي يجب أن يحتفظ بها لمدة طويلة من الزمن

بينما يتضح لدى الأطفال ما بين التاسعة والحادية عشرة القدرة على فهم زلات اللسان.

ولقد بين نوريت يرميا، واوسنات ايريل، ومايكل شاكيد ودافناسولومونيكا (Nurit Yirmiya, Osnat Erel, Michal Shaked and Daphna Solomonica-Levi 1998). ثمانية مهام لفحص قدرات نظرية العقل، وهي كما يلي:

1- الاعتقاد الخطأ من الدرجة الأولى.
2- الخداع.
3- الاعتقاد الخطأ من الدرجة الثانية.
4- تفسير المعرفة.
5- الوعي.
6- سرد قصة من خلال صورة.
7- الرغبة.
8- نمط المطابقة.

ومن خلال ما توصل إليه الباحثون تمكن المؤلفان من استخلاص ست مراحل لتطور نظرية العقل وهي:

1- التمييز بين الأحداث الفيزيائية والعقلية.
2- إدراك الأشياء.
3- إدراك المعتقدات الخاطئة.
4- الاحتفاظ.
5- إدراك الآخر.
6- تحديد الخطأ.

## نظرية العقل والإعاقة العقلية:

يستند الاتجاه المعرفي إلى ما وصل إليه كل من بياجيه وبرونر وأوزبل فإن جان بياجيه أكثر العلماء شهرة في مجال علم نفس النمو، كما أن نظريته من أكثر نظريات النمو المعرفي شيوعاً في مجال علم النفس، وتفسر النظرية المعرفية لبياجيه تطور مراحل النمو المعرفي عند الأطفال حسب أعمارهم وتذكر خصائص كل مرحلة، و يرى أن الإنسان لايمكن أن يكتسب المعرفة دون استخدام حواسه ولكن لايمكن أن تكون هي الوحدة المسؤولة عن تنسيق المعلومات داخل العقل وانما الإنسان هو الذي

لديه قدرات معينة تعطي معنى ونظاما لما يستقبله من مثيرات. فالعقل البشري لا يقبل مجرد تسجيل معلومات بعيدة عن الترابط، بل يبحث عن الصورة التكاملية، وأن لديه القدرة على القيام بذلك، ويساعد ذلك في تقييم فعاليات التعلم المناسبة لكل مرحلة من مراحل النمو المعرفي التي يمر بها المتعلم.

### مراحل النمو المعرفي:

وتصف هذه النظرية أربع مراحل للنمو المعرفي من حيث إدراك الطفل للمعلومات وتفسيره لها، زيجلر (Siegler ،2005) وهذه المراحل هي:

**1- المرحلة الحسية الحركية Sensory-Motor Stage:**

يصبح الطفل على وعي بشكل تدريجي بالعلاقة بين أفعاله ونتائجها على المحيطين به، وبالتالي يصبح قادراً على التعرف، ويتوقف عندها النمو العقلي عند حالات الاعاقة العقلية الشديدة.

يحدث التعلم فيها بالأفعال والمعالجات اليدوية، وهذه المرحلة الأولى من النمو العقلي تبدأ منذ الميلاد حتى عمر سنتين، وفيها يرتبط التعلم ويصل بالمدخل الحسي وبالقدرات الحركية المتطورة. وخلال هذه المرحلة ينظم الطفل ويبني ويكوّن إحساساً حول كيف يعمل العالم عن طريق التقليد واللعب. وتنمو اللغة في نهاية هذه المرحلة كمظهر هام من مظاهر النمو العقلي.

**2- مرحلة ما قبل العمليات Pre-Operational Stage:**

يتمكن من تمثيل الموضوعات عن طريق الخيالات والكلمات، ولا يستطيع تصور وجهة نظر الآخرين، ولا يزال متمركزاً حول الذات، ويتوقف عندها النمو العقلي عند حالات الاعاقة العقلية المتوسطة.

ويحدث التعلم فيها باللغة والرموز، وتبدأ في المرحلة العمرية 2 ـ 7 سنوات ويعتبرها بياجيه مرحلة انتقالية غير مفهومة على نحو واضح، لأنها لا تتسم بمستوى ثابت واضح من حيث النمو المعرفي، وفي هذه المرحلة ينمي الفرد القدرة على التفكير رمزياً عن طريق اللغة والتقليد المؤجل والألعاب والفن. وفي هذه المرحلة تنمو اللغة التعبيرية، كما تنمو قدرات الطفل العقلية المتمثلة في التمييز والتعميم وإدراك الفروق بين الأشياء، أي ترتبط الأفكار بالإدراك، وفي نهاية الفترة يبدأ باستخدام العدد وتنمي المفاهيم لديه، والرؤية للعالم لا تزال متسمة بالتمركز حول الذات الذي يميز المرحلة.

وقد قسم بياجيه هذه المرحلة إلى طورين هما:

أ- طور ما قبل المفاهيم اي من سنتين إلى أربع سنوات حيث يستطيع الطفل في هذا الطورالقيام بعمليات التصنيف حسب مظهر واحد كما أن التناقضات الواضحة لا تزعج الطفل.

ب- الطور الحدسي الذي يمتد من أربع إلى سبع سنوات ويقوم الطفل في هذا الطور ببعض التصنيفات الأكثر صعوبة حدساً؛ أي دون قاعدة يعرفها، وفي هذه المرحلة يبدأ الوعي التدريجي بثبات الخصائص أو ما يسمى بالاحتفاظ. هذا ويمكن إيجاز خصائص النمو المعرفي في هذه المرحلة في النقاط التالية:

- ازدياد النمو اللغوي واسخدام الرموز اللغوية بشكل أكبر.
- البدء بتكوين المفاهيم وتصنيف الأشياء.
- القصور في التفكير في أكثر من بعد أو طريقة واحدة.
- سيادة حالة التمركز حول الذات.
- يتقدم الإدراك البصري على التفكير المنطقي.

**3- مرحلة العمليات المادية (العمليات العيانية) Concrete Operational Stage:**

تنظيم قدراته العقلية والمتمثلة في اللغة التعبيرية ، وإدراك الرموز، ويتوقف عندها النمو العقلي عند حالات الاعاقة العقلية البسيطة.

يتطور فيها التفكير المنطقي المادي، حيث يستطيع الطفل أن يتناول عقلياً رموزاً مثل الأعداد والكلمات. لكن أفكار الطفل لا تزال مقيدة بالخبرات العيانية، وقدرته على التفكير الحسي أكثر منها على التفكير المجرد، و يصبح قادراً على التفكير المنطقي، ويتعلم مفاهيم الحفظ بالترتيب التالي: العدد (6 سنوات)، الكتلة (7 سنوات)، الوزن (9 سنوات)، يصنف الموضوعات ويرتبها في سلاسل على أساس أبعاد، ويفهم مفردات العلاقة (أ أطول من ب).

يمتاز التفكير في هذه المرحلة بالتجريب مع المواد واختبار الموضوعات التي تثير الاهتمام، وبحث العلاقات مع تزايد الحاجة لمشاركة الآخرين في الأفكار لفظياً. (ويكون ذلك في مرحلة المدرسة الابتدائية 7 ـ 11 سنة).

**4- مرحلة العمليات المجردة (الشكلية) Abstract Operations Stage:**

> يكون لدى الفرد القدرة على الاستدلال منطقياً وعلى التحليل وعلى البحث عن حلول من بين عدد متنوع من الممكنات، القليل من الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية البسيطة ، يتسمون ببدايات هذه المرحلة، في حال تعرضهم الى برامج التدخل المبكر وتدريبهم المكثف والنشط برعاية منظمة

يتطور فيها التفكير المنطقي المجرد، وهي آخر المراحل في النمو المعرفي، وفي هذه المرحلة الشكلية يفكر بالمجردات ويتابع افتراضات منطقية ويعلل بناء على فرضيات. يعزل عناصر المشكلة ويعالج كل الحلول الممكنة بانتظام، ويصبح مهتماً بالأمور الفرضية والمشكلات الأيديولوجية، وفي هذه المرحلة يظهر استخدام اللغة كمظهر من مظاهر التفكير المجرد، حيث توصلت انهلدر أثناء عملها مع الأطفال والراشدين في المؤسسات إلى أن الأفراد ذوي التأخر العقلي يتبعون نفس النمط من النمو كالأطفال العاديين وأن الفرق كان في معدل بلوغ المعاقين عقلياً لهذه المراحل (مرسي، 1999) (الامام 1996).

ومبدأ الفروق الفردية يفرض الانفرادية في عملية التعلم على أنها هي الاساس في عملية التعليم للاشخاص ذوي الاعاقة العقلية، حيث إن لكل متعلم أسلوبه وسرعته في إعادة بناء أبنيته المعرفية وتنظيمها.

والفروق بين الطلاب ترجع إلى المخزون المعرفي، وهذا المخزون يتم تحريكه من خلال آلة التعلم الحقيقية او الاساسية وهي العقل الذي يهيأ لمعالجة العمليات الذهنية مثل: الانتباه والإدراك، والتفكير والاستبصار، والترميز والتنظيم، والتصنيف والتذويب والشخصنة والإدماج، والتكامل، والتخزين، والتذكر، والاسترجاع، والتعرف، المستخدمة في المواقف التي يواجهونها، وترجع هذه الفروق أيضاً إلى طرق المعالجة التي يوظفونها في مواقف التعلم.

ويفسر التعلم في ضوء النظرية المعرفية بأنه تغير في المعرفة المخزونة في الذاكرة، والمبدأ الأساسي الذي تستند إليه النظرية المعرفية هو أن معظم السلوك ـ بما في ذلك التعلم ـ يتم التحكم فيه به من خلال العمليات المعرفية الداخلية وليس من خلال المؤثرات أو الأحداث الخارجية، ومن ثم فإنه لفهم السلوك الخارجي يتوجب أولاً فهم كيفية عمل الذاكرة أو العقل البشري ، وتتميز الذاكرة البشرية بميزتين أساسيتين هما: أنها منظمة وليست عشوائية، وأنها نشيطة وليست خاملة.

إن التأثير الأساسي لنظرية بياجيه للذكاء هو أن الأطفال يتفاعلون ويرون عالمهم على نحو مختلف ومميز، ويتوقف هذا على مرحلتهم في النمو المعرفي، ويمكن تطبيق نظرية النمو المعرفي على تعليم الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بحيث يعطى الأطفال فرصاً ليتعلموا عن طريق المحاولة والخطأ، ويستخدمون لغةً ليقارنوا الإدراكات ويحدثوا تكيفات وتعديلات في وجهة نظرهم المتمركزة حول الذات عن الحياة وعن الغرف الدراسية المتمركزة حول المدرس.

وتبدو قيمة هذه النظرية في ميدان الإعاقة العقلية في أنها تفسر مظاهر هذه الإعاقة حسب مراحل النمو العقلي في نظرية بياجيه، وتوظيفها لتلك المراحل في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً.

ويرى جابر (2001) أن على المربين الاهتمام بما يلي عند تعليم الأطفال المعاقين عقلياً:

- الاهتمام بالتعليم الحسي وتوفير كل الفرص التي تساعد على ذلك.
- الاهتمام بتعليم اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية في المراحل العمرية المناسبة لها وخاصة الاهتمام في فترات التعليم المبكر.
- الاهتمام بتعليم المهارات العقلية مثل ترتيب الأشياء وتنظيمها وتصنيفها ومقارنتها وتسميتها.
- الاهتمام بتوزيع المهمات التعليمية حسب المرحلة العقلية والزمنية للمتعلم.

وحيث يجلس التلاميذ في غرف الدراسة هادئين ومستمعين. وهذا الوضع لا يتطابق ولا يتناسب مع قدرات الأطفال المعرفية في المرحلة الحسيّة الحركية، والمرحلة ما قبل العمليات والمرحلة العيانية (مرحلة العمليات العقلية المادية). إن إهمال المربين مراعاة العمليات النمائية عند تلاميذهم في تدريسهم يخلق فجوة بين المنهج التعليمي والعمليات المعرفية المستخدمة لدى التلاميذ، والتأثير الكلي لهذا يكون فقدان الدافعية وتشجيع الاعتمادية.

والمربون الذين ينظرون للنمو المعرفي للأطفال ذوي التأخر العقلي البسيط، القابلين للتعلم من وجهة نظر بياجيه، يمكن أن يعدلوا أنشطة غرف الدراسة لتتطابق وتتناسب مع قدرات التعلم عند تلاميذهم، حيث إن القدرة العقلية لفئة الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم تتمثل في القدرة على استعمال اللغة التعبيرية، والقدرة على التفكير الحسي المادي، والقدرة على التصنيف، القدرة على إدراك العلاقة بين الأشياء بدرجة بسيطة.

## نظرية زيجلر (Siegler ،2005) في النمو المعرفي للمعاقين عقلياً:

يعتبر زيجلر من المؤيدين لنظرية التأخر في النمو العقلي للأطفال المعاقين عقلياً مقارنة مع الأطفال العاديين. حيث ينظر إلى النمو العقلي للأطفال المعاقين عقلياً على أنه يسير ببطء أن هناك تفاوتاً بين مستويات النمو العقلي للأطفال العاديين والموهوبين

وذوي الإعاقة العقلية، وخاصة البسيطة منها، وفي نفس العمر الزمني إذ يعتبر الفرق بين مظاهر النمو العقلي بين هذه الفئات السابقة الذكر فرقاً في معدل ذلك النمو.

## نظرية واير (Waer) في النمو المعرفي للمعاقين عقلياً:

يرى واير أن الفروق بين العاديين والمعوقين عقلياً في النمو المعرفي هي فروق في الدرجة والنوع، بمعنى أن الفرق بين فئة الإعاقة ذات نسبة الذكاء **66** والعاديين وذوي نسبة الذكاء **100** والمتناظرة في العمر الزمني هو فرق في الدرجة والنوع في عدد العمليات أو المراحل العقلية إضافة إلى زمن ونوع هذه العمليات، وليس فقط في معدل سرعة النمو العقلي كما قال زجلر في نظريته.

وحقيقة أن القصور في النمو المعرفي لدى الأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية هو نتيجة حتمية للإعاقة وتظهر في شيئين:

1- **القدرات التمثيلية الأولية**: مثل مفاهيم الأشياء حيث تبدأ بالتطور بشكل متوافق مع العمر العقلي لدى أطفال إعاقات النمو بصفة عامة.

2- **قصور في التخيل**: إلا أن التحسن بالتخيل له علاقة بالتدريب والعمر العقلي وبالتالي يصبح القصور بالتخيل قصورا محددا يمكن تحسينه وينطبق هذا على الأطفال من ذوي القدرات العالية والذين يعانون من إعاقات النمو أيضا، وفي أشكال أخرى من الإعاقة العقلية لا تكون القدرة على التخيل عاجزة نسبة لتلك القدرات الأولية أو للعمر العقلي، مثلما هو حاصل لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون. ومن أجل هذه الأسباب يبدو أن نقص اللعب التخيلي لدى المعاقين عقليا يعكس عجزًا معينا وهو ليس نتيجة حتمية للإعاقة العقلية التي يعانون منها.وإنما يرجع لأسباب أخرى عديدة، حيث يبدو أن التخيل يعارض ويشتت معرفة الطفل للوضع الواقعي بوسائل متعددة وبدرجات متفاوتة في حالة عدم التنظيم البيئي والمشاركة الإيجابية من المحيطين بالطفل، ويذكر كل من نوريت يرميا، اوسنات ايريل، مايكل شيكيد، دافنا سولومونيكا ـ ليفي (**Nurit Yirmiya, Osnat Erel, Michal Shaked and Daphna Solomonica-Levi 1998**).

أنه لا توجد فروق دالة في قدرات نظرية العقل عند المعاقين عقليا مقارنة مع الأطفال الأسوياء، وأن عملية القصور في ما يعاني منه المعاقون عقليا قد تكون نفس الأسباب التي أدت إلى هذا القصور، وهي نفس الأسباب التي تواجه أقرانهم العاديين.

وقد ذكر كل من سيجمان وكاساري (Kasari& ،Sigman 1995) أن الأفراد ذوي الإعاقات العقلية لديهم تواصل أعلى أثناء مشاركتهم في مهام نظرية العقل مقارنة بالأطفال الذين يعانون من إعاقات النمو الشامل كما أن لديهم قدرة على تحسين الأداءات من الأطفال الذين يعانون من التوحد وكذلك بالمقارنة بمتلازمة داون، ومع تقدم الأفراد المعاقين عقليا في السن، يصبح الفرق في أدائهم في مهام نظرية العقل وأداء الأسوياء ملحوظا في مهام عديدة وقد يكون مشابهاً في إحدى المهام، فإن تقدم الأسوياء في العمر يحسن من قدرات نظرية العقل لديهم، ويصبح الفرق بين أدائهم وأداء المعاقين عقليا ملحوظا أكثر.

وبين كل من نوريت يرميا، اوسنات ايريل، مايكل شيكيد، دافنا سولومونيكا ـ ليفي ( Nurit Yirmiya, Osnat Erel, Michal Shaked and Daphna Solomonica-Levi 1998) أنه يجب عند فحص مهام نظرية العقل لدى العاديين والمعاقين عقليا مراعاة العمر الزمني ومؤشرات العمر العقلي وتفسير أداءاتهما في إطار هذين المتغيرين، وينبغي الأخذ بعين الاعتبار عند مقارنة قدرات نظرية العقل للأفراد الذين يعانون من التوحد والمعاقين عقليا والأفراد العاديين، فحص اتجاه وشدة الفروق في قدرات نظرية العقل لدى هؤلاء الأفراد في سلسلة من المتغيرات المراد دراستها.

وأشار أيضا كل من شولوكرافتز، وشولوكاتز، وإنبال ألفا ـ رول وستاكي يوهوشا (Shlomo Kravetz, Shlomo Katz،Stacy Yehoshua1, Inbal Alfa-Roller 2003) بأنه توجد فروق بين قدرات الأفراد الذين يعانون من التوحد والمعاقين عقليا في نظرية العقل لصالح المعاقين عقليا، وبين قدرات نظرية العقل لدى المعاقين عقليا والعاديين ولصالح العاديين.

وقد أكد يرميا، وتامي، ودافنا، وكوري، (Yirmiya, Tammy Pilowsky Shulman Daphna Solomonica, and Cory Levi. 1999) أن العجز في قدرات نظرية العقل لدى

أفراد التوحد ليس منفرداً لديهم لأنه يظهر أيضا لدى أفراد معاقين. وما قد يكون متفردا في التوحد هو شدة الضعف وليس الضعف نفسه، وان الفروق التي أبرزت التباين في قدرات نظرية العقل بين فئات الإعاقات المختلفة والعاديين يعود إلى بعض أنماط المهام وليس في جميعها، وقد يكون السبب أن مهام متعددة تقيس مفاهيم مختلفة لها نفس التركيب الأساسي، حيث إن بعض المهام كانت أسهل من بعضها الآخر، فمن المحتمل أن تتطلب مهام نظرية العقل المتعددة ربطا مختلفا للقدرات، حيث تعتمد بعض المهام على القدرات اللغوية. ويرتبط بعضها الآخر بالقدرات المعرفية والاجتماعية الانفعالية. والقدرات المرتبطة بالنجاح أو عدم النجاح في أداء هذه المهام.

## تقييم تطور نظرية العقل:

بيّن شـولموكرافتز، وشـولموكاتز، وإنبـال ألفـا ــ رول وسـتاكي يوهوشـا، (Shlomo Kravetz, Shlomo Katz Inbal Alfa-Roller Stacy Yehoshua,2003)، أنه يوجد جانبان لتقييم تطور نظرية العقل عند الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية وهما:

1- الوعي المعرفي: يتضمن القدرة والاستعداد لوضع التوقعات من الأشخاص والتفاعلات معهم على أساس إذا كان هؤلاء الآخرون يملكون معرفة على حالة بعض الأمور أم لا. لذلك فإن الأشخاص القادرين على أخذ معرفة الآخر بعين الاعتبار حتى لو كانت هذه المعرفية مناقضة للحقيقة فسيتوقعون من الآخرين الاستمرار بالبحث عن شيء في مكان معين حتى لو كان الأشخاص السابقون يعرفون بأنه تمت إزالة الشيء من ذلك المكان.
2- الاعتقاد الخطأ: يتضمن القدرة والاستعداد على وضع التوقعات والتفاعلات مع الآخرين على أساس إذا كان هؤلاء الآخرون يؤمنون بشيء ما عن حالة الأمور أم لا. لذلك فإن الأشخاص القادرين على أخذ اعتقاد الآخر بعين الاعتبار حتى لو كانت هذه الاعتقادات مناقضة للحقيقة فسيتوقعون من الآخرين استمرار البحث عن شيء حتى لو تمت إزالته.

ويرى فلافيل (Flavell, 1988) إن الانتقال من المرحلة التي يأخذ فيها الشخص قلة الوعي المعرفي لدى الآخر بعين الاعتبار إلى مرحلة الاعتقاد الخطأ والتي يأخذ فيها الشخص اعتقادات الآخر بعين الاعتبار هي خطوة مهمة في تطور (TOM). يسمى فلافيل المرحلة الأولى بمرحلة الارتباطات العقلية. يكون الشخص في هذه المرحلة مدركاً للروابط بين الكينونات العقلية المتباينة. ويطلق على المرحلة الثانية ما يسمى بمرحلة التمثيل العقلي، فيكون الشخص في هذه المرحلة مدركاً بأن الكينونات العقلية تمثل كينونات أخرى واتفق كل من بينسون وإبيديتو ووشورت وببلر وماس.

(Benson, Abbeduto, Short, Bibler, & Maas, 1993).

مع وجهة نظر الباحثين في مجال تطور (TOM) على أن قدرة الفرد في فهم ما يمتلكه الشخص الآخر، والتنبؤ بما يمكن أن يسلكه في أمر ما ورغبته في التصرف وفقاً لهذا الفهم يبين امتلاك الفرد مهام (TOM) وأن هذه المهام تحدد المرحلة التي يظهر عندها التمثيل العقلي، ويكون الشخص قادراً على تمثيل تجاربه الشخصية وتجارب الآخرين.

كما بين تاجر فلسبيرنر (Tager-Flusberg, 2000) الأثر الرئيس لتطور (TOM) في إمكانية أن القدرة اللغوية للأشخاص المعاقين عقلياً قد تكون متصلة بقدرتهم على أخذ اعتقادات الآخر بعين الاعتبار في تفسير المواقف الاجتماعية، وأنه في المرحلة التطورية عندما تكون القدرة على الاعتقاد الخطأ مكتسبة، قد تلعب المعرفة دورا أساسياً في بناء اللغة.

وهذا يؤكد على أهمية تطور (TOM) في تحسين حياة الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية وصولا الى تحقيق الهدف العام، وهو القبول الاجتماعي والمشاركة الفعالة والاستمتاع بالحياة.

# الباب الثاني

# الإعاقة العقلية

- الفصل الأول:

الإعاقة العقلية ومدى انتشارها .

- الفصل الثاني:

أسباب الإعاقة العقلية .

- الفصل الثالث:

تصنيف الإعاقة العقلية .

- الفصل الرابع:

الخصائص والتشخيص .

- الفصل الخامس:

الوقاية من الإعاقة العقلية .



# الباب الثاني
# الإعاقة العقلية

إن تناول هذا الموضوع يوجب علينا التطرق إلى عدة مواضيع متعلقة بالإعاقة العقلية وذلك من خلال الفصول التالية:

الفصل الأول: الإعاقة العقلية ومدى انتشارها.

الفصل الثاني: أسباب الإعاقة العقلية.

الفصل الثالث: خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية والتشخيص.

الفصل الرابع: الخصائص والتشخيص.

الفصل الخامس: الوقاية من الإعاقة العقلية.

# الفصل الأول
# الإعاقة العقلية ومدى انتشارها

## مفهوم الإعاقة العقلية:

يواجه الإنسان على مر التاريخ مشكلة الإعاقة العقلية، وتشير الدلائل إلى أن هذه الظاهرة ترجع إلى القدم، كما وجدت آثار لمعالجتها منذ زمن الفراعنة في مصر في العام 1500 قبل الميلاد وخاصة فيما يتعلق بالتلف الدماغي (Bray, Haffman, Biasini1998 & Grupe,). وتعددت المحاولات لوضع تعريف شامل مقبول لها، وكانت الإشكاليات في تعريف الإعاقة العقلية وتشخيصها وتصنيفها وأسبابها من بين الإشكاليات التي بحثت بشكل مكثف، وكان ذلك بسبب تداخل الاختصاصات للعاملين، فمنهم من يتعامل بحرفية ومهنية، ومنهم من يتعامل بالشفقة والأساليب العاطفية، وكلا من وجهة نظره هو الاجدر على التعامل مع هذه الفئة، بالإضافة الى قلة الوعي الصحي والمجتمعي، مقارنة بالتطور السريع والمتلاحق للثورة المعلوماتية الحالية.

وتعد الإعاقة العقلية Mental Retardation هي أساس التعريف بعلم التربية الخاصة، فقد لاقت الكثير من الصعاب في استراتيجيات التعامل والتكيف معها بدءاً من الاساليب البدائية والشعوذة والأمية وصولاً الى المعلوماتية ومستجدات الابحاث العلمية.

وعلى الرغم من تطور الخدمات والبرامج المقدمة لهذه الفئة إلا أنها بقيت من أكثر الفئات حاجة إلى الاهتمام نظراً لما يصاحب هذه الإعاقة من مظاهر ومشكلات عديدة تزيد من مستوى التعقيد الذي يحيط بالإعاقة العقلية وصعوباتها المتعددة، وتتفاوت البرامج التنموية والتعليمية والخدمات المقدمة لهم باختلاف المجتمعات، وعلى الرغم من ذلك فما زال ما يقدم أقل من متطلبات التعامل مع الإعاقة العقلية إذا ما قورنت بدرجة شيوعها.

ولهذا فقد حاول المختصون في ميادين الطب والاجتماع والتربية التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها، ومسبباتها، وطرق الوقاية منها.

**لقد تعددت الاتجاهات التي أسهمت في تعريف الإعاقة العقلية، واختلاف هذه الاتجاهات يعود الى اختلاف نظرة المختصين في المجتمع، فقد اطلقت العديد من المصطلحات منها: دون عقل**

Amentia ، صغير العقل Olgophrenia ، نقص العقل Mental Deficiency ، وفي أواخر الخمسينات استخدموا الإعاقة العقلية Mental Retardation ، والبعض استخدم التأخر العقلي Mental Subnormality ، ثم ظهرت العديد من المصطلحات التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية Mental Impairment or Mental Handicapped ، واستجابة للتغيرات العديدة في المصطلحات الخاصة ، فقد واكب هذا التغير تعديلاً لمصطلح الإعاقة العقلية Mental Retardation ليصبح الإعاقة التطورية والفكرية Intellectual and Developmental Disabilities ، وتم كذلك تعديل اسم الجمعية ليصبح الجمعية الامريكية للإعاقات التطورية والفكرية.

**(American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.2007)**

**أهم الاتجاهات في تعريف الإعاقة العقلية:**

فيما يلي أهم الاتجاهات التي أسهمت في تنوع التعريفات ومنها الاتجاه الطبي والاتجاه الاجتماعي والاتجاه السيكومتري والاتجاه التربوي.

**أولاً: الاتجاه الطبي Medical Attiude**

نحا أصحاب هذا الاتجاه إلى الأسباب المؤدية لإصابة المراكز العصبية والتي تحدث بعد الولادة ، كما ركزوا على الأسباب التي تؤدي إلى عدم اكتمال نمو الدماغ سواء أكان ذلك قبل الولادة أم بعدها ، وعرف "بورنفيل" (Bournville) الإعاقة العقلية بأنها تلف في المخ يؤدي إلى بطء الإثارة ونقص في القدرة على التعلم وعدم التكيف الاجتماعي (Prabhala,2007) (Hallahan, Kauffman،2006) .

**ثانياً: الاتجاه السيكومتري Psychometical Attiude**

يركز أصحاب هذا الاتجاه الذي ظهر نتيجة تطور حركة القياس النفسي على القدرة العقلية التي يتم قياسها باختبارات الذكاء ، وقد اعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن الفرد الذي يقل ذكاؤه عن (70) درجة فردٌ معاقٌ عقلياً (الإمام، 2004).

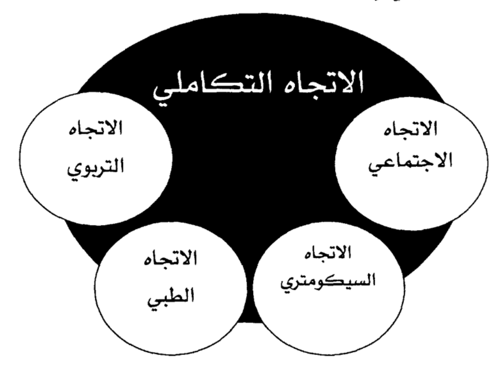
**ثالثاً: الاتجاه الاجتماعي Social Attiude**

ظهر هذا الاتجاه على يد ميرسر (Mercer) وجنسن (Jenesen)، وركز على مدى نجاح أو إخفاق الفرد في الاستجابة لمتطلبات الحياة الاجتماعية وفق المعايير السائدة في مجتمعه ، وبالتالي فإن فشله يجعله واقعاً ضمن فئة المعاقين عقلياً (الروسان، 2005).

**رابعاً: الاتجاه التربوي Eudcatinal Attiude**

يرى اصحاب هذا الاتجاه ان الاعاقة العقلية تنتج من تفاعل عاملين اولهما: عدم مناسبة البيئة التعليمية للاستجابة للاحتياجات التعليمية للفرد، وثانيهما: قصور الوعي المجتمعي في تفهمه لمتطلبات الاعاقة وتوفير الطرق والمصادر والاستراتيجيات المناسبة لتعليم وتدريب هذه الفئة (Prabhala,2007) .

ولهذا فإنه لا يوجد اتجاه واحد مقبول لتبني تعريف محدد للإعاقة العقلية بشكل عام، ورغم أن علماء النفس والأطباء النفسيين والتربويين والعاملين في مجال الخدمات الاجتماعية يقدمون خدمات من نوع أو آخر للمعاقين عقليا إلا أنهم كثيرا ما يختلفون في تعريفهم للإعاقة العقلية، ونتيجة لوجود هذا الخلاف وما له من آثار سلبية على الفرد والاسرة والمجتمع، فقد تبنى المهتمون الاتجاه التكاملي وهو اتجاه التقييم الشامل أي التقييم متعدد الابعاد، وعدم الاكتفاء بالاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها، بل تبني التدقيق في الجوانب الوراثية والصحية، والاجتماعية والنفسية، والتربوية والتعليمية، فهذه الجوانب مجتمعة تعطي تقريراً يمكن من خلاله اتخاذ القرار المناسب للتعامل مع الإعاقة العقلية.




شكل رقم (3)

يوضح تكاملية الاتجاهات في الإعاقة العقلية

ويبين الشكل (3) أن النظرة التحليلية إلى مشكلة الإعاقة العقلية تفصح عن أسباب هذه الصعوبة في تحديد التعريف الأمثل، فالإعاقة العقلية ليست مرضا ولكنها حالة، حيث يوجد لدى البعض مفاهيم خاطئة، فيخلطون بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي، ويعتبرون ذلك شيئاً واحداً، فالبعض ينظر للمعاق العقلي على انه مريض عقلي والواقع غير ذلك، وقد تجتمع الاعاقة العقلية والمرض العقلي في شخص واحد، وتنبغي معرفة أن المرض العقلي عبارة عن اختلال في التوازن العقلي، والمريض عقليا قد يكون عادي الذكاء أو قد يكون عبقرياً، أم المعاق عقلياً فيتصف بأن لديه نقصاً في درجة الذكاء، وهذا مؤشر على ان الفرق بين الشخص المعاق عقليا والشخص العادي هو فرق في الدرجة وليس فرقاً في النوع، والأيام القادمة قد تنبئ بعلاج للإعاقات التطورية والفكرية، والدراسات مستمرة والاكتشافات في هذا الصدد تبدو مبشرة.

والتعريف الشامل للإعاقة العقلية يجب أن يصف مظاهر تلك الحالة التي تنطبق على كل حالات الإعاقة العقلية، ومن هنا تأتي صعوبة إيجاد تعريف مقبول، حين يحاول الفرد وضع تعريف ينطبق على حالات ذات أشكال مختلفة (Types) ودرجات مختلفة (Degrees) بالإضافة إلى عواملها وأسبابها المتعددة.

ولهذا فإن أي تعريف مقبول للإعاقة العقلية يجب أن يتضمن كل العوامل الطبية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية والجسمية والتربوية المتداخلة.

تشير المراجع إلى عدد من التعريفات للإعاقة العقلية من وجهات نظر مختلفة فقد عرف تريد ـ جولد Tredgold الإعاقة العقلية من وجهة نظر الكفاءة الاجتماعية بأنه: حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزا عن مواءمة نفسه مع بيئة الأفراد العاديين بصورة تجعله دائما بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم خارجي.

وبالطبع فإن المقصود بالكفاءة الاجتماعية هنا، هي قدرة الفرد على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره من الأفراد كمظهر من مظاهر نموه الاجتماعي الذي يتمشى إلى حد كبير مع نمو الفرد الجسمي والعقلي والعاطفي، فالمعروف أن الذكاء يستمر بالنمو خلال مرحلة الطفولة وحتى نهاية مرحلة المراهقة العقلية للفرد، فإذا ما

حدث توقف لنمو الذكاء خلال هذه الفترة سواء نتيجة اسباب وراثية او عوامل بيئية يترتب علية بطء او قصور في السعة، وقد يبرز مؤشر ظاهري لدى المحيطين بالفرد بأن عمره الزمني يستمر وعمره العقلي اكثر بطئاً، ويبدو ان الفرد الذي عمره الزمني **15** سنة ذكاؤه يكون مساويا لذكاء طفل عمره **8 ـ 10** سنوات، وعنئذ يكون العمر العقلي للفرد محصور بين **8 ـ 10**، فمثلا اذا كان العمر العقلي **9**، والعمر الزمني **15** سنه فان نسبة ذكاء هذا الفرد هي **60** وبالتالي يكون هذا الشخص من فئة المعاقين عقليا القابلين للتعلم، وذكاء الطفل ينمو بالتدريج كما ينمو جسمه.

ويبدو أن تريد ـ جولد يشير إلى أن المظهر الأساسي لعدم اكتمال النمو العقلي للفرد إنما هو عجزه عن أن يتلاءم أو يتكيف مع بيئته الاجتماعية، وان يتفاعل مع الأفراد العاديين بشكل يستدعي أن يكون هذا الفرد دائما بحاجة إلى إشراف ورعاية وحماية من قبل غيره من الأفراد العاديين أو الأسوياء، ويعتمد تريد ـ جولد في ذلك على الاعتقاد بأن الغرض الأساسي للعقل هو مساعدة الفرد على التكيف مع ظروفه البيئية العادية بشكل يجعله قادرا على ان يكون مستقلا عن غيره من الأسوياء، فإذا توافر هذا الشرط فإنه يعتبر الفرد عاديا، وأما إذا لم يتوفر شرط الكفاءة الاجتماعية هذا فإن الفرد يعتبر معاقاً عقليا، وبهذا فليس لنسبة الذكاء المنخفضة أو المرتفعة قيمة عند تريد ـ جولد، فقد تكون نسبة ذكاء فرد ما قريبه من المتوسط أي في حدود **90 ـ 110** مثلا، ولكنه قد يفتقر إلى القدرة على التكيف الاجتماعي، وبهذا يعتبر في نظر تريد ـ جولد معاقا عقليا، وبنفس المنطق فإن فردا آخر قد تكون نسبة ذكائه دون مستوى **70** ولكنه قادر على التكيف مع البيئة بشكل يجعله مستقلا إلى حد ما فلا يعتبره تريد ـ جولد معاقا عقليا.

هذا ويجب أن نشير هنا إلى أن تريد ـ جولد لم يحدد تعريفا واضحا للكفاءة الاجتماعية، ولم يتمكن من وضع معيار محدد لذلك. ولهذا فإن تحديد الإعاقة العقلية على أساس الكفاءة الاجتماعية يبقى غامضا لا يمكن الاعتماد عليه إلا حين يحدد معيار الكفاءة الاجتماعية بشكل واضح.

أما دول Doll`s Definition فيعرف الإعاقة العقلية من وجهة نظر نفسية اجتماعية تعريفا شاملا محددا محاولا التغلب على العيوب التي وقع بها تريد ـ جولد في استخدامه الكفاءة الاجتماعية كمحك للتعرف على الإعاقة العقلية، واستطاع (دول) أن يحدد ما يقصد بالكفاءة الاجتماعية، كما استطاع وضع مقياس للنضج الاجتماعي، وبهذا نجد ان (دول) قد تمكن من وضع تعريف الإعاقة العقلية قائم على أساس الكفاءة الاجتماعية كما قدم وسيلة للتعرف هذه الكفاءة بشكل أكثر تحديدا وشمولا مما قدمه تريد ـ جولد.

يعرف (دول) الإعاقة العقلية فيقول: إن الفرد المعاق عقلياً إنما هو الشخص الذي تتوافر فيه الشروط التالية:

1- عدم الكفاءة الاجتماعية بشكل يجعل الفرد غير قادر على التكيف الاجتماعي بالإضافة الى عدم الكفاءة المهنية وعدم القدرة على تدبير أموره الشخصية.
2- انه دون مستوى الفرد العادي من الناحية العقلية.
3- إن إعاقته العقلية تعود إلى عوامل تكوينية إما وراثية أو نتيجة مرض ما.
4- انه سيكون معاقا عقليا عند بلوغه مرحلة النضج.
5- ان إعاقته العقلية تكون من لحظة الولادة او في مرحلة مبكرة من عمره.

وبهذا نجد أن دول يضع حدوداً واضحة وشاملة للإعاقة العقلية في اطارالشروط الخمسة حتى يمكن تشخيص الحالة على أنها اعاقة عقلية.

وبهذا يكون أكثر دقة وتحديدا من تريد ـ جولد، ذلك لأنه جعل الشرط الثاني للإعاقة العقلية أن يكون صاحب الحالة أقل من العاديين من الناحية العقلية، فإن لم يكن كذلك فإنه ليس عند دول معاقاً وإن كان عاجزا عن التكيف الاجتماعي، في حين أن مثل هذا الفرد يعتبر معاقا في مفهوم تريد ـ جولد.

ومن أكثر تعاريف الإعاقة العقلية قبولا لدى علماء النفس تعريف هبر Heber الذي تبنته الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (American Association on Mental Deficiency).

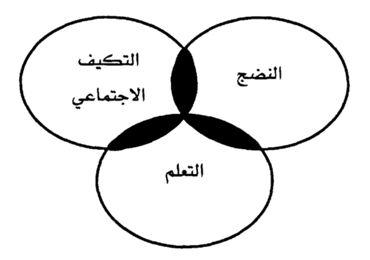
ومؤداه أن الإعاقة العقلية تشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطا بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية:

1- النضج.

2- التعلم.

3- التكيف الاجتماعي (Heward & Orlansky,1988).

ويمكن توضيح هذه الثلاثية في الشكل التالي:




شكل رقم (4)

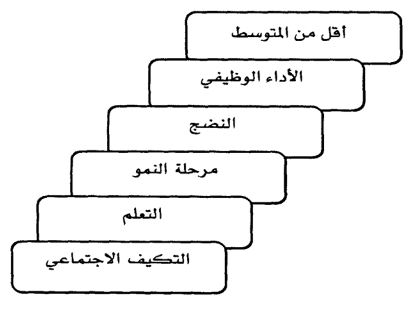
يبين مؤثرات الأداء الوظيفي

ويبين شكل (4) ان التعلم عملية شاملة تتناول جميع جوانب الانسان، فهي لا تقتصر على جانب واحد بل تشمل جميع جوانب الفرد؛ أي انه يحدث تعلم في الجانب العقلي والجانب الانفعالي والجانب الاجتماعي، والقصور في عملية التعلم مؤشر على انخفاض نسبة الذكاء، والقصور الواضح في عملية النضج يؤثر في عملية التعلم، حيث إن النضج من الشروط الاساسية لحدوث التعلم ولا يمكن ان يحدث تعلم دون نضج، والقصور في عملية النضج وتأثيره على عملية التعلم يؤدي بالضرورة الى قصور في

التكيف الاجتماعي، وبالتالي لا يمكن ان يحدث تفاعل بين الفرد والجماعة المحيطة به، والعلاقة الثنائية بين النضج والتعلم علاقة طردية قوية، فالفرد لا يستطيع ان يتعلم مهارة معينة أو سلوك معين الا بعد الوصول الى المستوى المناسب من النضج.

## تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية:

يذكر سميث (smith ,1971) أن الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMD) قد وضحت هذا التعريف عن طريق النقاط الأساسية التي جاءت فيه، والشكل التالي يوضح النقاط الستة المستخلصة من التعريف:




شكل رقم (5)

يبين النقاط الأساسية المستخلصة من تعريف (AAMD)

ويمكن أن نتناول من خلال الشكل السابق النقاط الستة بالشرح والتحليل على النحو التالي:

**أولاً: اقل من المتوسط (Subavarge)**

يعني ان علامة الفرد في اختبار مقنن للذكاء بالمقارنة مع أبناء عمره، (-1) تعني درجة ذكاء **85** فأقل أي بنسبة **13.59**٪، (-2) تعني درجة ذكاء **70** فأقل أي بنسبة **2.14**٪، (-3) تعني درجة ذكاء **55** فأقل أي بنسبة **0.13**٪، بمعنى أن هذا الفرد تقريباً سيكون من بين فئة **16**٪ الدنيا من أبناء عمره في أدائه العقلي، وهذا يعني بلغة

منحنى التوزع الطبيعي للصفات البشرية أن الأداء الوظيفي العقلي للفرد الذي يعتبر معاقا عقليا حسب هذا التعريف إنما ينخفض عن المتوسط بمقدار انحراف معياري واحد على الأقل.

**ثانياً: الأداء الوظيفي (General Intellectual Functioning)**

تشير إلى أن الفرد قد خضع إلى عملية تقييم عن طريق أداء أو اختبار يتمتع بقدر كافٍ من الشمول بحيث يغطي ما أمكن من الخصائص العقلية التي يمكن قياسها وشكل رقم (4) والذي وضح مؤثرات الأداء الوظيفي.

**ثالثاً: النضج (Maturation)**

ويشير إلى المعدل أو الدرجة التي تنمو إليها المهارات الأساسية التي ترتبط بشكل عام بمرحلة الحضانة والطفولة المبكرة ويكون التأكيد هنا على مهارات مثل الحبو والمشي والكلام والتحكم بعمليات الإخراج والأكل، ومشاركة الآخرين من نفس العمر بمستوى مقبول، فالنضج هو عبارة عن مجموعة من العمليات التي تتم في منظومة معينة لا تختلف من فرد الى آخر ولا تحدث بطريقة عشوائية او مفاجئة بل تسير وفق خطوات منظمة متتالية تهدف الى تكاملية واستمرارية النضج حيث يتأثر النضج بعاملين أساسيين هما الوراثة والبيئة.

**رابعاً: مرحلة النمو (Developmental Period)**

ويقصد بها هنا المرحلة التي تمتد منذ بداية الإخصاب حتى سن الثامنة عشرة، وتتمثل في:

1- مرحلة ما قبل الميلاد: في حدود 280 يوم حيث يتم تكوين الجنين عن طريق التلقيح بين الحيوان المنوي للذكر والبويضات لدى الانثى، ويتم في هذه الفترة تحديد نوع الجنين وكذلك يكتسب الخصائص الوراثية المختلفة، وهذه بيئة تهيئ له الحماية التامة الا إذا تعرضت الام لبعض الامراض أو استخدمت بعض العقاقير أو تعرضت لاهتزازات نفسية وانفعالية.

2- مرحلة المهد: من لحظة الميلاد حتى نهاية العام الثاني، وفيها يعتمد الطفل اعتمادا كلياً على المحيطين بهدف اشباع حاجاته الاساسية، وفيها يحتاج الطفل الى العناصر الاساسية للغذاء، وهي مرحلة تتميز بالنمو السريع وتطور جميع اجهزة واعضاء الانسان، علاوة على ان هذه المرحلة هي مرحلة الاستجابة للمثيرات البيئية المحيطة به.

3- مرحلة الطفولة المبكرة: من عمر الثانية ولغاية خمسة سنوات، وهذه المرحلة تمثل أهمية كبيرة في بناء الطفل وتعتبر هي مرحلة الانطلاق للمراحل التالية، أي انها مرحلة التشكيل حيث يظهر فيها بوضوح النمو الجسمي والعقلي والانفعالي كما تزداد القدرة اللغوية.

4- مرحلة الطفولة المتوسطة: من عمر خمسة سنوات ولغاية تسعة سنوات، وتمثل مرحلة الهدوء النسبي في معدل النمو، ويتضمن النمو في هذه المرحلة تعلم المهارات الجسمية والحركية ويزداد النمو الاجتماعي للطفل، ويتضح في هذه الفترة نمو الضمير والخلق والقيم والمعايير وهذا يتحقق اذا انتفى القصور في ثلاثية وشكل رقم (4) والذي وضح مؤثرات الأداء الوظيفي.

5- مرحلة الطفولة المتأخرة: من عمر تسعة سنوات ولغاية اثني عشرة سنة، تعتبر فترة انتقالية حيث يزداد النمو الاجتماعي للطفل وتسمى إبراز مرحلة خصائص الطفولة.

6- مرحلة المراهقة المبكرة: من عمر اثني عشرة سنة ولغاية خمسة عشرة سنة، واهم مظاهر النمو في هذه المرحلة هم النضج الجنسي، اذ تبدأ الغدد التناسلية بالقيام بنشاطها، ويمكن ان تسمى مرحلة الانطلاق الثانية.

7- مرحلة المراهقة المتوسطة: من خمسة عشرة سنة ولغاية عمر الثامنة عشرة، ويقل فيها معدل النمو وان كانت هذه الفترة تتصف بالصراعات الانفعالية.

ولهذا التقسيم اهميته في قياس مراحل النمو، وفي الكشف عن المستويات الضرورية التي تحدد كل فترة من فترات تطور الفرد، وفقا لما يتناسب مع نوعية وشدة ودرجة الإعاقة، لذا ينبغي مراعاة مطالب النمو في كل مرحلة من مراحل نمو الفرد، وتحقيق المطلب يؤدي بالتأكيد كما يكون قوة دفع الى تحقيق المطالب الأخرى في المراحل المتتالية، وينبغي على المربين والأخصائيين ان الاخفاق في تحقيق مطلب ما من مطالب النمو يؤدي الى صعوبة تحقيق المطالب الأخرى، ويؤكد المؤلفان مراراً وتكراراً أن مطالب النمو تكاملية متصلة لا منفصلة، فالارتقاء بالاستمرارية والعطاء من خلال تفاعل عوامل ثلاث ألا وهي النمو العضوي ومظاهره، الثقافة الوالدية والبيئية، الطموح والتفاؤل.

**خامساً: التعلم (learning)**

ويشير إلى قدرة الفرد على الحصول على المعرفة والاستفادة من خلال الخبرة، فحياة الانسان دون تعلم ليس لها قيمة أي مجموعة خالية يطلق عليها فاي (Φ)، وبالمفاهيم الرياضية عدد عناصرها صفر وهذا يخالف المنطق، فكل مظاهر النشاط البشري ما هي الا نتيجة لعملية التعلم.

**سادساً: التكيف الاجتماعي (social adjustment)**

يشير إلى قدرة الفرد على ممارسة الاستقلالية في المحافظة على الذات في البيئة المحلية والعمل، وخلال السنوات المدرسية الأولى فإن مصطلح التكيف الاجتماعي إنما يشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع زملائه من الطلبة والوالدين وغيرهم ممن يمثل السلطة والأطفال الأصغر سنا، هذا ويمكن اعتبار قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي بأنها القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة وسليمة مع الأفراد الذين يتفاعل معهم، وبالطبع فإنه يتفق في هذا مع دول Doll إلى حد كبير، ويبدو أن محك التكيف الاجتماعي يزداد أهمية كلما تقدم عمر الطفل، ذلك لأن متطلبات التكيف

الاجتماعي للطفل تزداد كلما اتسع نطاق المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه هذا الطفل حين ينتقل من الأسرة إلى المدرسة ومن ثم إلى المجتمع الكبير.

ومع هذا الانتقال تزداد حاجة الفرد إلى التكيف الاجتماعي في كل من هذه الاطر الاجتماعية، ويعتبر تعريف كد Kidd للإعاقة العقلية "أنها حالة تشير الى انخفاض الأداء العقلي عن المتوسط انخفاضا ذا دلالة ينشأ في مرحلة النمو المبكرة ويتميز بعدم ملائمة سلوك الفرد التكيفي" تعديلا على تعريف هيبر Heber الذي يؤكد فيه على أن انخفاض الأداء العقلي عن المتوسط يجب أن يكون انخفاضا ذا دلالة Significant حتى يعتبر الفرد معاقا عقليا بالإضافة إلى عدم كفاءة سلوكه التكيفي، و هذا ما دعا جمعية الطب الأمريكية (American Medical Association) إلى تبني هذا التعريف واعتباره تعديلا مقبولا لتعريف الجمعية الأمريكية الإعاقة العقلية، وفضلا عن ذلك فقد حدثت تطورات كثيرة في ميدان الإعاقة العقلية في الفترة الواقعة ما بين **1961 ـ 1973**، مثال ذلك الكثير من دعاوى المحاكم بشأن تصنيف بعض أطفال الأقليات في أمريكا بأنهم معاقون عقليا واستعمال اختبارات الذكاء بغض النظر عن الفروق الثقافية للأطفال.

كذلك فإن جدلاً كبيراً قد استمر خلال الفترة حول اعتبار أطفال الفئة الحدية معاقين عقليا أم لا، وكانت غالبية النقاش والجدل تفضل عدم اعتبار أطفال هذه الفئة التي يتراوح ذكاء أفرادها ما بين **70 ـ 84** ضمن فئات الإعاقة العقلية.

وعلى أثر هذه التطورات والجدل فإن الجمعية الأمريكية الإعاقة العقلية قد تبنت تعريف جروسمان (*Grossman*) حيث بين أن الإعاقة العقلية يشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي العام الذي ينخفض عن المتوسط انخفاضا ذا دلالة مرتبطا بخلل في سلوك الفرد التكيفي تظهر آثاره في مرحلة النمو **(Macmillan ,1977)**.

وبهذا التعديل للتعريف السابق أصبح انخفاض اداء الفرد عن المتوسط مشروطا بأنه انخفاض ذو دلالة وحدد مستوى هذه الدلالة بأنه مساوٍ لإنحرافين معياريين دون المتوسط بدلا من انحراف معياري واحد كما هو الحال في تعريف **1961**، وبهذا المعنى فان حدود الإعاقة العقلية تبدأ من مستوى **70** درجة بدلا من **85** أو أن **27** و**2**٪ من الناس فقط يمكن اعتبارهم معاقين بدلا **16**٪ تقريبا حسب التعريف السابق.

هذا ولم تكن نقطة القطع أو حد الإعاقة العقلية هي التعديل الوحيد في هذا التعريف المعروف بتعديل سنة **1973** بل شمل هذا التعديل بعض الخصائص الأخرى. فقد رفع الحد الأعلى لمرحلة النمو ليصبح **18** سنة بدلا من **16** كما حددت تفاصيل أنماط السلوك التكيفي التي يجب ملاحظتها وقياسها في كل مرحلة عمرية. وبذلك فإن دليل التعريف المعدل يشير إلى ما يلي:

بما أن هذه التوقعات تختلف باختلاف المجموعات العمرية فإن النقص في السلوك التكيفي سيختلف باختلاف الأعمار.

وينعكس هذا النقص خلال فترة الرضاعة والطفولة المبكرة على:

- تطور المهارات الحركية الحسية.
- مهارات الاتصال (بما في ذلك اللغة والكلام).
- مهارات مساعدة الذات.
- التكيف الاجتماعي (تطور القدرة على التفاعل مع الآخرين).

أما خلال مرحلة الطفولة والمراهقة المبكرة، فينعكس على:

- تطبيق المهارات الأكاديمية الأساسية في نشاطات الحية اليومية.
- تطبيق المحاكمة العقلية المناسبة في السيطرة على البيئة.
- المهارات الاجتماعية (وتظهر في المشاركة في نشاطات الجماعة والعلاقات الشخصية المتبادلة).

وينعكس خلال مرحلة المراهقة المتاخرة والشباب على:

- الانجازات والمسؤوليات المهنية والاجتماعية (**MacMillan, 1977**).

وهكذا فان تعديل **1973** لتعريف الإعاقة العقلية يعتمد المعايير الثلاثة التي اعتمدها تعريف **1961** قبل تصنيف أي فرد كمعاقٍ عقلي.

وهذه المعايير هي:

1- انخفاض الذكاء عن **70** درجة.
2- الخلل في السلوك التكيفي.
3- ظهور ذلك قبل سن الثامنة عشرة.

هذا ويمكن أن نورد تعريفات أخرى للإعاقة العقلية، سنشير إليها هنا بشكل موجز، حيث يعرف بول بونوا paul Benoit الإعاقة العقلية من وجهة نظر نفسية عصبية Neuro Psychological بأنها "عجز في الوظيفية الذكائية ناتج عن عوامل متعددة داخل الفرد أو خارجه".

إلا أن نقص كفاءة الجهاز العصبي يبقى العامل المشترك الذي يؤدي بالتالي إلى ضعف في التكيف الاجتماعي نتيجة لكل ذلك.

ويعرف جيرفيس jervis الإعاقة العقلية من وجهة نظر طبية بأنها "حالة توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ المسببة عن مرض أو إصابة قبل المراهقة أو بسبب عوامل جينية".

أما بورثوس وكوربيت Porteus and Corbett فيعرفان الإعاقة العقلية من وجهة نظر قانونية بالقول "إن الأفراد المعاقين عقليا هم الأفراد غير القادرين على الاستقلال وتدبير أمورهم بسبب الإعاقة العقلية الدائم، أو توقف النمو العقلي في مرحلة عمرية مبكرة". (Heward & Orlansky, 1988)

وبناء على تعريفات الإعاقة العقلية التي وردت، والتفسير الذي وضعته الجمعية الأمريكية (AAMD) الذي شمل النقاط الأساسية الستة شكل (5) فقد وضعت هذه الجمعية تصنيفها لمستويات الإعاقة العقلية على الشكل التالي وذلك اعتمادا على حاصل الذكاء (IQ) والانحراف عن المتوسط.

جدول رقم (1)

يبين نسبة الذكاء حسب تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMD)

| الفئة | مستوى الانحراف | نسبة الذكاء على أساس أن قيمة الانحراف المعياري 15 درجة |
|---|---|---|
| المستوى الحدي | 1 - | 84 – 70 |
| البسيط | 2 - | 69 -55 |
| المتوسط | 3 - | 54 – 40 |
| الشديد | 4 - | 39 – 25 |
| الاعتمادي | 5 - | أقل من 25 |

يجب أن نلاحظ أن تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية وتصنيفها لمستويات الإعاقة العقلية إنما يقف عند حدود البعد عن المتوسط بمقدار انحراف معياري واحد، وبذلك تعتبر فئة الذكاء الواقعة بين 70 – 84 ضمن حدود الإعاقة العقلية في حين أن هذه الفئة التي يمكن تسميتها بالمستوى الحدي أو الفئة الحدية Border line لا تدخل ضمن نطاق الإعاقة العقلية في كثير من التعاريف الأخرى، وبالعكس فإننا نجد أن البعض إنما يقف عند البعد عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين في الحكم على الفرد بأنه معاق عقليا، وفي هذه الحالة فإن حدود الإعاقة العقلية تبدأ عند حاصل الذكاء 70 وما دون هو الحد الأكثر قبولا لدى علماء النفس.

يتضح من التعريفات السابقة للإعاقة العقلية أنها تعتمد على معايير مختلفة في التعرف على حالة الإعاقة العقلية، فبعضها يعتمد على معيار الكفاءة الاجتماعية وقدرة الفرد على التكيف في المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه على أن هذا المعيار غير واضح ولا محدد كما هو الحال في تعريف تريد ـ جولد. ويعتمد البعض الآخر على معيار توقف نمو الدماغ في مرحلة مبكرة من مراحل العمر نتيجة مرض أو عطل في الدماغ، أو نتيجة عوامل جينية أو وراثية. كما يعتمد البعض الآخر على معيار القدر على التعلم ومستوى النضج والتكيف الاجتماعي معا. ويضيف البعض إلى ذلك انخفاض مستوى الأداء العقلي أو مستوى الذكاء بمعدل يتراوح بين انحراف معياري واحد أو انحرافين معياريين عن الوسط، ففي حين يقبل البعض انخفاض هذا المستوى عن المتوسط بمعدل انحراف معياري واحد، فإننا نجد البعض الآخر يطالب بأن يزيد هذا الانحراف عن ذلك ليصل إلى حد يمكن اعتباره ذا دلالة قد يصل إلى انحرافين معياريين عن الوسط.

ولهذا فإن التعريف الذي يضعه عبد الغفار، الشيخ (1978)، يمكن اعتباره تعريفا شاملا ومقبولا يعتمد عددا كافيا من المعايير للحكم على الإعاقة العقلية، ويشير هذا التعريف إلى أن " الإعاقة العقلية هو حالة من توقف نمو أو عدم اكتمال النمو العقلي يولد بها الطفل أو يحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو جينية أو بيئية مرضية يصعب على الطفل الشفاء منها. وأما آثار هذه الحالة من عدم اكتمال للنمو العقلي فتتضح في مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم

والتكيف مع البيئة بحيث ينخفض مستوى هذا الأداء من المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين".

وبهذا فإن مفهومنا للإعاقة العقلية لا يقوم على أساس الاعتماد على نسبة الذكاء والكفاءة الاجتماعية أو القدرة على التعلم أو مستوى النضج أو انخفاض الأداء العقلي كمعايير مستقلة بعضها عن بعض، بل يقوم على اعتبار أن الإعاقة العقلية يمكن أن يفهم في إطار هذه المعايير مجتمعة، فلا نستطيع تشخيص الإعاقة العقلية على أساس نسبة الذكاء وحدها اعتمادا على اختبارات الذكاء أو على أساس اختبارات النضج الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية، أو على أساس مستوى النضج الجسمي و العاطفي، أو اختبارات التحصيل المدرسي، وعلى أساس مجموع هذه المعايير مع تركيز اكبر على مستوى ذكاء كمنطلق رئيسي في تحديد الإعاقة العقلية، علما بأن جهودا كبيرة تبذل لتحسين الاختبارات التي تقيس الذكاء.

ويرى المؤلفان أن التعريفات السابقة أسهمت بشكل أو بآخر في إثراء البحث العلمي وزيادة إمكانية تحديد مفهوم الإعاقة العقلية وطبيعتها، إضافة إلى ذلك فإنها رغم تنوعها ساعدت في التوصل إلى التعريف الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية والذي يعتبر أكثر التعريفات قبولاً وشيوعاً بين مختلف الدارسين والعاملين في هذا المجال.

وينص تعريف الجمعية الأمريكية والذي اقترحه جروسمان **(Grossman, 1983)** على أن: الإعاقة العقلية تشير إلى حالة من الانخفاض الدال (الواضح) في الوظائف العقلية العامة تظهر أثناء فترة النمو وينتج عنها أو يصاحبها قصور في السلوك التكيفي. ويتميز هذا التعريف عن سواه بأنه يتضمن ثلاثة محكات أساسية يجب توافرها معاً قبل الحكم على فرد ما بأنه معاق عقلياً. وهذه المحكات هي:

- انخفاض دال في الوظائف العقلية العامة، والانخفاض المقصود هو مقدار انحرافين معياريين عن المتوسط. فإذا كان مقياس وكسلر هو اختبار الذكاء المستخدم في القياس فإن هذا يعني أن درجة الذكاء تقل عن **(70)** أما إذا كان مقياس بينيه هو الاختبار المستخدم فإن الدرجة يجب أن تقل عن **(68)**.

- قصور في السلوك التكيفي، ويشير مفهوم السلوك التكيفي إلى درجة كفاية الفرد في الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل سنه وفئته الاجتماعية، سواء فيما يتعلق بالاستقلالية الشخصية أو المسؤولية الاجتماعية. فعلى سبيل المثال يتوقع من الفرد في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة أن يحقق نمواً في المهارات الحسية والحركية والمهارات اللغوية والعناية بالذات والسلوك الاجتماعي، بينما يتوقع منه في مرحلة الرشد إضافة إلى كل المهمات في المراحل العمرية السابقة والتالية لمرحلة الطفولة المبكرة أن يتحمل مسؤوليته الاجتماعية والقيام بأدواره المتوقعة، خاصة في مجال الحصول على مهنة تحقق له الاستقلال الاقتصادي، وبناء أسرة والسلوك المنسجم مع القيم والأعراف الاجتماعية المرعية.
- ظهور كل من الانخفاض في الوظائف العقلية والقصور في السلوك التكيفي خلال مرحلة النمو، أي دون سن الثامنة عشرة. وعليه فإن حالات القصور في الوظائف العقلية والتي قد تصاحب عجز في السلوك التكيفي والتي قد تحدث في مراحل العمر اللاحقة نتيجة عوامل مختلفة لا يمكن تصنيفها على أنها حالات تخلف عقلي. فمثل تلك الحالات يشار إليها بالاضطراب أو الأمراض العقلية (Macmillan,1982) (القريوتي وآخرون، 1995).

وقدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association of Mental Retardation في عام 1992 التعديل الرابع الذي يشير الى بعدين منفصلين

أولهما: أداء عقلي أقل من المتوسط.

ثانيهما: قصور في اثنين على الأقل من المؤشرات العشرة الدالة على السلوك التكيفي كما ذكرها كيرك وجلاجار وانستازيو (Kirk, Gallagher, & Anastasiow, 2003). وهي:

- العناية بالذات.
- مهارات الحياة اليومية.
- المهارات الاجتماعية.
- التفاعل الاجتماعي.
- التوجية الذاتي.

- السلامة.
- الصحة.
- أوقات الفراغ.
- المهارات الاكاديمية.
- العمل .

بشرط ان تظهر الاعاقة العقلية قبل سن الثامنة عشرة من العمر ، وقد اوضح المؤلفان من خلال الشرح السابق للشكلين رقمي (4 و5) ان الاعاقة العقلية تعني ان لدى الفرد قصور في جوانب اساسية قد تكون مرتبطة بالنضج والقدرة على التعلم نتيجة لتدني نسبة الذكاء عن المتوسط العام وكذلك قصور في أداء المؤشرات الدالة على السلوك التكيفي بكافة أبعاده، ومن خلال ما سبق يمكن ان نتساءل عمّا يتعلمه الفرد ، وللاجابة عن هذا التساؤل يذكر المؤلفان أربعة محاور يتعلمها الفرد وهي:

1- المعاني والمعلومات: من المعروف منذ وقت طويل ان الجنين يستطيع السمع وهو في الرحم، وقد ثبت باستخدام الامواج فوق الصوتية وطرق اخرى انه بالامكان اظهار امكانية السمع عند الجنين، حيث ان الجنين يستجيب حين تتعرض الام الى لمس البطن في المراحل المبكرة، كما انه يستجيب للضجيج في الاسبوع 24 - 25 من الحمل، كما ان تعلم التعود Habituation يتم في الرحم ايضاً، وهذا يبين اهمية البيئة، واهمية الثقافة في اكتساب الفرد منذ بدء تكوينه المعلومات والمعاني وهي عملية مستمرة لتحقيق التفاعل مع الحياة.

2- المهارات والعادات: تعتبر المنعكسات البدائية ذات اهمية كبيرة في مرحلة الوليد حيث يستجيب للمنبهات الصوتية،ويزداد ذلك ويتنوع في شدته ونوعه وتميزه بضج الطفل، فالعادات والمهارات تشمل اوجه مختلفة من النشاط مثل المشي والجري والقفز والتي تتحكم فيها العضلات الارادية، كما تشمل الكتابة والتلوين والمهارات اليدوية، والتي تتحكم فيها العضلات الدقيقة، فالمهارات عبارة عن عادات حركية لها اهداف اجتماعية كمهارة الكتابة

على الكمبيوتر أو العزف على آلة موسيقية، بينما العادات هي عبارة عن أي نشاط يقوم به الفرد بطريقة آلية.

3- التفاعل الاجتماعي والسلوكيات: تعتبر معرفة قدرات الوليد ومنعكساته مؤشرا للبحث في كيفية تطبيق هذه المعرفة في فهم التطور البشري وفي تمييز الآلية العصبية المحتملة، حيث بينت الاجهزة الدقيقة بشكل كافٍ قدرات الوليد السمعية والبصرية والادراكية وخلال دقائق من الولادة يستطيع ان يتابع نموذج شبيه الوجه .

وفي دراسات اجريت على حديثي الولادة بمتوسط زمني قدره **9** دقائق أدى التنبيه الحركي الى ادارة الرأس والعينين مشيراً بذلك الى ان الادراك البصري المنظم هو قدرة لا تخضع للتعلم، ويستطيع الوليد ان يركز بصره ويتابع امه كما يستطيع متابعة وتأمل وجه أمه عن قصد، وهذا يساعد في تقوية الرابطة بين الوليد وامه فيستجيب كل منهما للآخر، وهذه مؤشرات لاحداث التفاعل المستمر بين الفرد ومحيطه ومنها يتعلم الفرد كيفية التعديل عن انفعالاته وكيفية التأثير والتأثر بمن حوله ومن ثم يكتسب ميوله واتجاهاته النفسية وأدوارة المختلفة ومفهومه وتقديره ووصفه لذاته.

4- انفرادية الفرد وما يميزه من سمات: عندما نقوم بدراسة النمط العام للتطور ينبغي أن نعي حقيقة حتمية وهي: أن جميع الاطفال ليسوا متشابهين تماما بل إنهم يختلفون فيما بينهم، وإن هذا الاختلاف متعدد الجوانب، فقد يكون من اليسير تحديد متوسط مستوى التطور عند الطفل في عمر معين ولكن من العسير ان نرسم خطا يميز بين ما هو سوي وما هو غير سوي، ولكن نستطيع استنتاج انه كلما ابتعد الطفل عن المتوسط من ناحية اليسار فإن ذلك يزيد من احتمال كونه غير سوي، وتتباين مجالات الانفرادية في جملة من الانماط التطورية على النحو التالي:

- متقدم في مختلف المجالات، وهو طفل نادر الوجود.

- متقدم في مجالات معينة.
- متفوق.
- يبدو عليه التفوق فيما بعد.
- متوسط.
- ضئيل التطور.
- قصور في بعض المجالات.
- قصور في كل المجالات
- عجز في كل المجالات.

وما سبق لا يعتبر حكماً نهائياً يؤخذ به على كل الحالات، ولكن الفروق الفردية والعوامل الذاتية والخارجية لها الأثر الأكبر والأهمية، فقد يصبح الأمر متبايناً فيما بعد نظراً لتداخل وتشابك مجموعة من العوامل والمؤثرات والظروف المحيطة بالفرد فتتغير حالته من..... إلى ...

من خلال استعراض النقاط السابقة نجد انها تنسجم مع توزيع المنحنى الطبيعي، وقد يعزى هذا الى ان ادوات الكشف في مرحلة الطفولة لم تكن قادرة على فحص مؤشرات التفوق من عدمه، أو النضج التام قد تأخر حدوثه، وهناك بعض الاطفال الذين يبدوا عليهم التفوق أو القصور ويكون ذلك مرده الى خاصية عائلية، او بسبب عامل جسماني كتأخر الكلام او بسبب الحرمان العاطفي الشديد، او الامراض التنكسية Degenerative أو التهاب المخ أو الامراض الاستقلابية، وهناك بعض الاطفال الذين يتباطأ مجرى تطوره كأطفال متلازمة داون، ويدل ذلك على ضعف عقلي، وقد يكون مجرد مظهر من مظاهر" النضج المتأخر " وقد تباين قيم اختبارات الذكاء بسبب عوامل ذاتية في الاختبار او بسبب اختلاف جوانب التطور او بسبب الاختلافات بنضج الطفل او بشكل رئيسي بسبب الظروف البيئية، حيث اورد ميشيل سميث Michael Smith.

جدول رقم (2)
يبين قيم نسب الذكاء بالنسبة لعدد السكان
من وجهة نظر ميشيل سميث Michael Smith

| ان أكثر من 180 درجة ذكاء | تمثل واحد بالمليون من السكان |
|---|---|
| وأكثر من 170 | تمثل 0.000001 |
| وان أكثر 160 | تمثل 0.00001 |
| وأكثر من 150 | تمثل 0.0001 |
| وأكثر من 140 | تمثل 1 في كل 170 |
| وأكثر من 136 | تمثل 1 في كل 100 |
| وأكثر من 125 | تمثل 1 في كل 17 |

بينما أورد باكوين وباكوين Bakwin & Bakwin نسب الذكاء في ضوء مستوياته بين السكان.

جدول رقم (3)
يبين قيم نسب الذكاء بالنسبة لعدد السكان
من وجهة نظر باكوين وباكوين Bakwin & Bakwin

| ان 150 درجة ذكاء | تمثل 0.1 |
|---|---|
| ان 130 – 140 | تمثل 1 |
| ان 120 – 129 | تمثل 5 |
| ان 110 – 119 | تمثل 14 |
| ان 100 – 109 | تمثل30 |
| ان 90 – 99 | تمثل30 |
| ان 80 – 89 | تمثل 14 |
| ان 70 – 79 | تمثل 5 |
| اقل من 70 | تمثل 1 |

وإلى جانب التباين في مستويات الذكاء فإن هنالك تبايناً في نمط التطور، ومن هذا التباين التفوق العقلي، النضج المتأخر Slow Sterters، توقف التطور بصورة غير متوقعة لأسباب غير معروفة، ضآلة Microcephaly في حجم الرأس مع تطور طبيعي في البداية، تدهور القدرة العقلية Mental Deterioration، صعوبة التنبؤ بنتائج التهاب السحايا الشديد والتهاب الدماغ، كما تكمن الاختلافات الفردية في مجال التطور فيما يلي:

- النشاطات الحركية: حيث يختلف الرضع والاطفال بدرجة كبيرة في درجة النشاط الحركي، والاطفال الذين يجمعون بين النشاط والنحافة أكثر عرضة لإرجاع الطعام من الاطفال الذين يجمعون بين السمنة والهدوء.
- تطور الحركات العامة: فالعديد من الاطفال الذين يبدو عليهم التأخر في التطور لا يوجد لديهم سبب واضح يفسر هذا التأخر مع انه قد يعود لدى بعض الاطفال لعوامل عديدة كالامراض التي تؤثر في تطور العضلات والجهاز العصبي، حيث إنه العامل المهم الذي يتحكم في العمر الذي يتم فيه الجلوس والمشي، وبعض المظاهر الاخرى لتطور الحركات العامة.
- التطور الحركي المتقدم: يلاحظ ان بعض الاطفال يتعلمون الجلوس والمشي في عمر مبكر جداً وتصل نسبتهم الى ما يقرب من 3٪، والتاريخ العائلي لهؤلاءالاطفال يبرز التطور الحركي المتقدم في هذه العائلة، والتطور الحركي المتقدم يمكن اكتشافه في عمر مبكر جدا أي عمر الاسبوع الثالث أو الرابع على الاغلب، وان الجلوس المبكر يمكن التنبؤ به خلال الاسبوع السادس، والتطور الحركي المتقدم قد يكون مؤشراً للتفوق العقلي.

وفي عام (2002) عرفت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية ( The American Association on Mental Retardation, AAMR) الإعاقة العقلية على أنها نقص في الأداء الوظيفي والسلوك التكيفي والتي تظهر في المهارات الاجتماعية، والمفاهيم، والمهارات التكيفية التطبيقية، ويظهر هذا قبل سن الثامنة عشرة (Smith 2006 , Patton & Kim,)، (Hardman، Drew& Egan, 2006).

ويذكر برابهالا (Prabhala,2007) انه قد تم تغير اسم الجمعية الذي امتد إلى خمسة عقود تقريباً إلى الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية

(The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD).

حيث واكب هذا التغير تعديلاً لمصطلح الإعاقة العقلية ليصبح الإعاقة التطورية والفكرية Intellectual and Developmental Disabilities.

وتعرف الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية (AAIDD ,2007) الإعاقة العقلية على أنها: إعاقة تتميز بقصور ملحوظ في القدرات الفكرية والسلوك التكيفي، معبرا عنه من خلال المهارات المعرفية والاجتماعية والتكيفية العملية، وتنشأ هذه الاعاقة قبل سن الثامنة عشرة.

## انتشار الإعاقة العقلية:

إن الإعاقة العقلية مشكلة تعاني منها كل المجتمعات سواء أكانت متقدمة أم نامية أم بدائية، فالإعاقة العقلية حالة يمكن أن توجد لعدد كبير من الأسباب كما نعلم ولكن السؤال الذي يطرح هنا يتعلق بمسألة مدى انتشار الإعاقة العقلية أو نسبة المعاقين عقليا في العالم من الناحية ونسبة انتشاره في المجتمعات المختلفة من ناحية أخرى.والواقع أن الكثير من الدراسات قد أجريت في مجتمعات مختلفة في محاولة للتعرف على هذه النسبة. أما نتائج هذه الدراسات فقد اختلفت من مجتمع إلى آخر من جهة كما اختلفت في المجتمع الواحد من جهة أخرى.وتفاوتت النسب التي توصلت إليها هذه الدراسات. وتقديرنا أن السبب في هذا التفاوت قد لا يعود إلى تفاوت حقيقي في النسبة، بل يعود إلى اختلاف المعايير التي استخدمت في التعرف على الإعاقة العقلية، كما يعود الى اختلاف العينات التي أجريت عليها تلك الدراسات.

ومن خلال تباين التعريفات يتضح التباين في الإحصاءات والمعلومات المتوافرة عن الإعاقة العقلية بمختلف تصنيفاتها وينبغي أن نلقي الضوء على نسب انتشار هذه الإعاقة وهناك عدد من العوامل التي تسهم في زيادة نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة أو خفضها في دول العالم المختلفة، ومن أهم هذه العوامل:

1- اختلاف المعايير المتبعة في تعريف الإعاقة العقلية.

2- الاختلاف في تحديد نسبة الذكاء للمعاقين عقليا.
3- الاختلاف في المجموعات العمرية.
4- معيار السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة العقلية.
5- الاختلاف في المستوى الثقافي والاجتماعي والخدمات الصحية بين الفئات الاجتماعية أو المجتمعات المختلفة (الشناوي، **1997**).

تراوحت النسب التي توصلت اليها الدراسات المختلفة ما بين **0.43**٪ ـ **7.7**٪، وبالطبع فإن اختلاف هذه النسب إنما يعكس ـ كما ذكرنا ـ اختلاف المعايير من جهة واختلاف العينات المدروسة من جهة اخرى كما يعكس مصادر المعلومات المستقاة عن الحالات المدروسة. والواقع ان اهم النقاط هي اختلاف المعايير وخاصة ما يتعلق بنسبة الذكاء التي تتخذ أساس للحكم على حالة ما بأنها حالة اعاقة عقلية.

فإذا اخذت نسبة الذكاء **79** مثلا على انها حد الإعاقة العقلية فإن نسبة المعاقين ستكون عالية جدا في حين انه اذا اخذت نسبة الذكاء **69** على انها حد الإعاقة العقلية فإن نسبية المعاقين ستكون اقل بكثير.

وفي هذا الصدد فقد اشار فاربر Farber الى ان اكنسكن وجد نسبة المعاقين عقليا في السويد تساوي **1.79** ٪ حين استخدم نسبة الذكاء **70** على أساس انها حد الإعاقة العقلية، في حين ان لوفثس Loufthus وجد ان نسبة المعاقين عقليا في النرويج تساوي **3.8** ٪ حين استخدمت نسبة الذكاء **75** على أساس انها حد الإعاقة العقلية، أما في الولايات المتحدة فقد أشارت دراسات متعددة أجريت في بعض الولايات إلى نسب مختلفة تتراوح بين **1.52** ٪ و**5.02**٪.

ففي ولاية نيوجيرسي Newgersey وجد ان نسبة المعاقين عقليا بين أطفال سن المدرسة تساوي **1.52**٪ وفي احدى مدن ولاية نيويورك وجد ان النسبة كانت **3.52**٪ بين من هم اقل من سن الثامنة عشرة. وفي ولاية فيلادلفيا وجد ان نسبة المعاقين عقليا بين الاطفال قبل سن المدرسة تساوي **3.22** ٪ وبين اطفال سن المدرسة **3.39** ٪ وبين الراشدين **1.92** ٪، وقد كانت النسبة بين جميع الفئات العمرية معا **2.32** ٪. هذا وقد وجدت دراسات اخرى في ولاية جورجيا مثلا أن النسبة تساوي **3.7** ٪ بين من هم اقل من سن العشرين، وفي ولاية النيويز كانت النسبة **1.88** ٪ في الاعمار مابين **6** – **15**

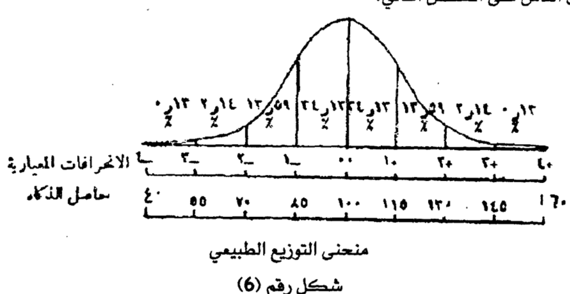
سنة، هذا وقد وصلت النسبة في ولاية وايومينج الى 5.02 ٪ في الاعمار مابين 6 – 21 سنة، وفي ولاية كاليفورنيا 3.61 ٪ بين جميع الاعمار.

هذا وتعتبر نسبة الإعاقة العقلية في الولايات المتحدة بين جميع السكان 3٪، وهي نسبة مقبولة عند الكثيرين من المنظمات والمؤسسات العاملة في هذا المجال، ذلك انه تتفق على هذه النسبة كل من الجمعية الوطنية للأطفال المعاقين والجمعية الأمريكية الإعاقة العقلية، ووزارة الصحة والتربية والشؤون الاجتماعية في أمريكا.

إن الدراسات المسحية التي اعتمدتها بعض الدول في تحديد نسبة الإعاقة العقلية إنما هي واحدة من الأساليب الموضعية التي يمكن الاعتماد عليها في ذلك، لكن هذا لا ينفي الاعتماد على أساليب أخرى في تقدير نسبة الإعاقة العقلية في مجتمع من المجتمعات عند غياب الدراسات المسحية الموضعية.

والواقع أن أفضل تقدير لنسبة الإعاقة العقلية في مثل هذه الحالة هو الاعتماد على مبدأ التوزع السوي للصفات البشرية الذي يمثله منحنى جاوس المعروف باسم منحنى التوزع السوي للصفات البشرية Normal Distribution Curve والذي يظهر في الشكل التالي مبينا توزع القدرة العقلية (الذكاء) بين الناس والنسبة المئوية لكل فئة من فئات الذكاء التي تظهر في هذا التوزع.

يظهر من هذا المنحنى ان القدرة العقلية كما تقيسها اختبارات الذكاء تتوزع بين الناس على الشكل التالي:




منحنى التوزيع الطبيعي

شكل رقم (6)

يبين منحى التوزيع الطبيعي

يتبين من الشكل رقم (6) ما يلي:

1- ان حوالي **68.26** ٪ من الناس يقعون بين درجتي الذكاء **85 – 115** ويطلق على هذه الفئة متوسطي الذكاء يمثل التوزع الطبيعي لنسبة الذكاء بين الناس والنسب المئوية لكل فئة من فئات الذكاء التي تظهر في هذا التوزيع.
2- ان حوالي **13.59** ٪ من الناس يقعون بين درجتي الذكاء **70 ـ 85** درجة وهم فئة ما دون المتوسط تقابلهم فئة اخرى تقع بين درجتي **115 – 130** وهم فئة ما فوق الوسط وتمثل ايضا حوالي **13.9** ٪ من الناس.
3- ان حوالي **2.14** ٪ من الناس يقعون بين درجتي الذكاء **70** (وهي الدرجة التي تعتبر الحد الفاصل بين الإعاقة العقلية والسواء) و**55** درجة وهم يمثلون فئة الإعاقة العقلية البسيط يقابلهم من الجهة الاخرى **2.14**٪ بين درجتي الذكاء **130 – 145** وهم فئة المتفوقين عقليا.
4- ان حوالي **0.13** ٪ من الناس دون درجة الذكاء **55** وهم الفئة التي تمثل الإعاقة العقلية المتوسط والشديد ويعتبر جزء منهم بحاجة الى مراكز رعاية خاصة مستمرة في حين يقابلهم من الجهة الاخرى حوالي **0.13**٪ من الناس يتمتعون بدرجة ذكاء تزيد على **145** درجة وهم الفئة التي يطلق عليها اسم العباقرة.

اذا قبلنا هذا التوزيع للقدرة العقلية (الذكاء) على انه يمثل الواقع فعلا وخاصة في غياب الدراسات المسحية الموضوعية، واذا قبلنا ايضا ان درجة الذكاء **70** تمثل الحد الفاصل بين الإعاقة العقلية والسواء، فإن هذا يعني ان نسبة الإعاقة العقلية تساوي حوالي **2.27** ٪ بين الناس.

واذا طبق مثل هذا التوزع على المجتمع الدولي الذي يصل عدد السكان فيه الآن حسب آخر التقديرات الى ما يزيد على أربعة آلاف مليون نسمة، فإن هذا يعني أن في العالم ما لا يقل عن واحد وتسعين مليون نسمة يمكن اعتبارهم معاقين عقليا تتراوح درجات تخلفهم بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة.

## العوامل المؤثرة في انتشار الإعاقة العقلية:

يبدو أن أهم العوامل التي يعتمد عليها انتشار الإعاقة العقلية أو تتأثر بها نسبة الإعاقة العقلية بين الناس تتلخص في ثلاثة عوامل:

1- درجة الإعاقة العقلية: اذ نجد ان الجزء الاكبر من مجموع المعاقين عقليا انما يقع في حدود الإعاقة العقلية البسيط الذي يمثل حوالي **89**٪ من مجموع حالات الإعاقة العقلية تقريبا في حين تصل نسبة الذين يكون تخلفهم متوسطا الى حوالي **6**٪ والذين يكون تخلفهم شديدا الى حوالي **5**٪ فقط.

2- العمر: اذ نجد ان نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين الناس تختلف باختلاف المرحلة العمرية لهم، والواقع ان معظم الدراسات تشير الى ان نسبة الإعاقة العقلية بين الاطفال من سن الخامسة عشرة ترتفع كثيرا عنها بين من هم اكبر سنا. وعلى سبيل المثال فإن نسبة الإعاقة العقلية بين الاطفال من عمر **10 ـ 15** سنة تساوي ضعف النسبة بين من هم في سن **15 ـ 17** سنة وتستمر هذه النسبة في التنازل بعد ذلك حتى سن الثلاثين لتصبح ثابتة الى حد ما في من يزيد عمرهم عن ذلك.

3- المستوى الاجتماعي: ان المستوى الاجتماعي الذي يدخل في تحديد مستوى الاسرة الثقافي والاقتصادي والمهني يلعب دورا مهماً في القدرة العقلية بشكل عام، وبالتالي في مدى انتشار الإعاقة العقلية بين ابناء المستويات الاجتماعية المختلفة. ففي هذا المجال وجدت بعض الدراسات التي قام بها بعض علماء النفس ان نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين المستويات الاجتماعية المختلفة تتناسب تناسبا عكسيا بشكل عام، حيث نجد ان هذه النسبة تكثر بين ابناء الطبقات الاجتماعية الفقيرة أو الدنيا وتقل بين ابناء الطبقة الاجتماعية المتوسطة والعليا.

فقد وجدت دراسة قام بها هيبر سنة **1970** ان نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين الأمريكان البيض مرتبطة بالمستوى الاجتماعي (**kirk , 1972**).

أما النسب التي أشار اليها هيبر في هذه الدراسة فقد كانت كما يلي:

- **0.5** ٪ بين ابناء الطبقة العليا.
- **0.8** ٪ بين ابناء الطبقة العليا المتوسطة.
- **2.1** ٪ بين ابناء الطبقة المتوسطة.
- **3.1**٪ بين ابناء الطبقة المتوسطة الدنيا.
- **7.8** ٪ بين ابناء الطبقة الدنيا.

انتهى بيرش وداي (Birch and Dye) في دراسة اخرى في بريطانيا سنة **1970** الى نتائج مماثلة لنتائج هيبر اذ وجد نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين اطفال سن المدرسة من ابناء الطبقة الاجتماعية العليا تساوي **1.5** ٪ والمتوسطة **2.5** ٪ والدنيا **5.5** ٪ بشكل عام.

أما حين اخذ عامل درجة الإعاقة العقلية بعين الاعتبار فقد وجدت الدراسة ان نسبة الاطفال المعاقين إعاقة متوسطة أو شديدة لا تختلف باختلاف الطبقة الاجتماعية للطفل، في حين ان نسبة الاطفال المعاقين اعاقة بسيطا الذين تتراوح نسبة ذكائهم ما بين **60 ـ 75** تزداد بين ابناء الطبقات الاجتماعية الدنيا والمتوسطة وتقل بين ابناء الطبقات العليا ، وهذه الدراسة بالذات تشير الى ان اختلاف نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين الطبقات الاجتماعية المختلفة ينحصر فقط في مستوى الإعاقة العقلية البسيط والذي تدخل فيه العوامل الاجتماعية والتربوية والثقافية الى حد كبير في حين ان الإعاقة العقلية المتوسط والشديد الذي يعود في معظمه الى عوامل مرضية أو وراثية يوجد بين ابناء الطبقات الاجتماعية المختلفة بنفس النسبة.

**ما هي نسبة انتشار الإعاقة العقلية؟**

اتفقت الأدبيات المتخصصة في الإعاقة العقلية على تحديد نسبة (**3٪**) في أي مجتمع، بناءً على نتائج دراسات كثيرة أجريت في بلدان مختلفة لمعرفة نسبة المعاقين عقلياً، وقد يعود ذلك لعدة عوامل منها العوامل الثقافية والاجتماعية ومستوى الرعاية الصحية وفترة اكتشاف الإعاقة، وأساليب التشخيص والأدوات المستخدمة في التعرف على الإعاقة العقلية وطريقة التعامل معها تختلف من مجتمع لآخر، وبالتالي فإن نسبة هذه الإعاقة في المجتمعات الغربية تبلغ (**2.3٪**)، في حين ليس من السهل تحديدها في أماكن أخرى من العالم نظراً لما يصاحب هذه الإعاقة من اتجاهات اجتماعية كرفض الإفصاح عنها أو التعامل معها على أنها مرض قابل للشفاء (**Smith,2007**)، اما بالنسبة لانتشار الإعاقة العقلية في العالم العربي تقع في حدود (**3٪**) وهذه النسبة هي نسبة عالية؛ أي انه يوجد ما لا يقل عن **6** مليون شخص معاق عقلي في الوطن العربي.

ورغم تباين الآراء والعوامل التي تؤثر على نتائج الدراسات المسحية للمعاقين بشكل عام وللمعاقين عقلياً بشكل خاص، فإن الاتجاهات العامة للباحثين في هذا المجال والمؤسسات الدولية ذات العلاقة تجمع بأن نسبة المعاقين في أي مجتمع تقريباً ما بين **7٪ ـ 10٪**، والمقصود هنا بالمعاقين أي جميع أنواع الإعاقات والتي تشمل المعاقين عقلياً والمعاقين جسدياً وحركياً والمعاقين حسياً أي المكفوفين والصم والمصابين بالشلل الدماغي والاضطرابات الانفعالية الشديدة، أما نسبة الإعاقة العقلية لوحدها فكما ذكرنا سابقاً تتراوح ما بين **2٪ ـ 3٪** في المجتمع (سيسالم، **1994**) (**Keigher,2000**).

# الفصل الثاني
# أسباب الإعاقة العقلية

يبدو أن هناك اختلافات كثيرة بين علماء النفس حول أسباب الإعاقة العقلية حتى أن يانيت Yannet يذكر أن هناك ما يفوق من مئة عامل تشير إليها المراجع التي تتحدث عن أسباب وعوامل الإعاقة العقلية، إلا أن هذه الأسباب ليست مسؤولة بنفس الدرجة عن احداث الإعاقة، ذلك لأن بعضها نادر جداً وبعضها الآخر أكثر حدوثاً، تدور هذه الاختلافات في الأسباب حول أثر الوراثة المباشرة أو غير المباشرة وأثر البيئة على الإعاقة العقلية.

هذا ويمكن اتباع المنهج الزمني في الحديث عن الأسباب وذلك على أساس المراحل التي تؤثر فيها هذه العوامل أو الزمن الذي تحدث فيه، وعلى هذا الأساس يمكن النظر إلى ثلاث مجموعات من العوامل والأسباب وهي:

1- عوامل ما قبل الولادة Prenatal Causes: وهي العوامل التي تؤثر على الجنين قبل ولادته خلال أشهر الحمل.
2- عوامل أثناء الولادة Perinatal Causes: وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء عملية الميلاد وتؤدي إلى اعاقته العقلية.
3- عوامل ما بعد الولادة Postnatal Causes: وهي العوامل التي تؤثر على الطفل بعد ولادته وفي سنوات عمره المبكرة وتؤدي إلى تخلفه.
4- وهناك مجموعة أخرى يمكن أن نسميها عوامل غير محددة الإعاقة العقلية: وتشير إليها الدراسات على أنها قد تكون مسؤولة عن تلك الحالات من الإعاقة العقلية البسيط غير معروفة الأسباب وهي تشكل النسبة الكبرى من حالات الإعاقة العقلية حيث تصل إلى حوالي 70 ـ 75٪.

وسنتناول هذه العوامل بشيء من التفصيل:

## عوامل ما قبل الولادة (Prenatal Causes):

هي مجموعة العوامل التي تؤثر على الجنين، وتسبب اعاقته العقلية، ويمكن اعتبارها عوامل وراثية. إلا ان وراثة الإعاقة العقلية هذه قد تحدث مباشرة عن طريق المورثات والجينات التي تحملها كروموسومات الخلية التناسلية وفقاً لقانون الوراثة، وقد تحدث الوراثة اعاقة عقلياً بطريق غير مباشر، كما قد تؤدي التغيرات المرضية التلقائية التي تطرأ على الجينات التي تحملها الكروموسومات الى الإعاقة العقلية أيضاً وذلك أثناء انقسأم هذه الخلايا.

يضاف إلى ذلك أن الإعاقة العقلية قد يحدث في فترة ما قبل الولادة نتيجة عوامل أخرى ليس لها علاقة في الجينات، وانما هي عوامل يحدث تأثيرها بعد أن تتم عملية الاخصاب وتكوين الجنين، سواء كان ذلك في بداية تكوينه أم أثناء فترة الحمل.

لذلك يمكن تقسيم عوامل ما قبل الولادة إلى قسمين رئيسيين هما:

1- عوامل جينية Genetic Factors.
2- عوامل غير جينية Non-Genetic Factors.

### 1- العوامل الجينية:

وتنقسم هذه العوامل أيضاً الى قسمين هما:

أ- العوامل الجينية المباشرة.
ب- العوامل الجينية غير المباشرة.

#### أ- العوامل الجينية المباشرة:

يرث الطفل الإعاقة العقلية من والديه أو أجداده عن طريق الجينات الوراثية وهي الجينات التي تحمل الصفات الوراثية فقد تكون الإعاقة العقلية موروثة عن طريق الجينات الوراثية السائدة (Dominant Genes) وتيسمى اعاقة عقلية سائدة، وتظهر في جميع الأجيال بنسبة 3: 1 حسب قوانين مندل الوراثية.

ويرى البعض أن الإعاقة العقلية السائدة تظهر في نسل الإنسان بسبب بذور اقتران غير متجانسة (Heterozygotic) ويثبت ذلك بثلاثة أدلة هي:

1- ظهور الإعاقة العقلية بنسبة كبيرة بين أفراد الأسرة.

2- يتأثر نصف كل جيل بالإعاقة العقلية.

3- يكون الوالدن معاقان عقلياً.

وقد تكون وراثة الإعاقة العقلية عن طريق العوامل والجينات الوراثية المتنحية Recessive Genes التي قد يحملها الفرد العادي دون أن تظهر عليه صفاتها، بمعنى ان الأب أو الأم قد يحمل أحد هذه الجينات دون أن يتصف بالإعاقة العقلية لأن الجين في هذه الحالة يكون كامناً أو متنحياً ولا تظهر آثاره إلا عند توافر شروط معينة، وهذا النوع من الإعاقة العقلية الذي يسببه هذا الجين يطلق عليه اسم الإعاقة العقلية المتنحي، وهو لا يظهر في جميع الأجيال حسب قوانين مندل الوراثية، ويرى بنروز (Penrose) أن الإعاقة العقلية المتنحي يحدث نتيجة أمراض واضطرابات بيوكيميائية تنتقل من الوالدين أو أحدهما إلى الجنين، وتسبب تلف الدماغ والجهاز العصبي، وتكون وراثته عادة من الجد الأعلى، ويحتمل ظهوره في زواج الأقارب والفروع المكملة للأسرة .

وهذا ما يفسر سبب ظهور حالة اعاقة عقلية في أسرة عادية من حيث القدرة العقلية، أو حتى أسرة متفوقة الذكاء، ولكن اذا توافرت الدراسة الدقيقة لتاريخ هذه الأسرة فإنها قد تكشف عن وجود حالات اعاقة عقلية بين أفراد العائلة التي تنتمي إليها هذه الأسرة. ويطلق على هذا النوع من الإعاقة العقلية أحياناً الإعاقة العقلية العائلي (Familial Type) وتتراوح تقديرات نسبة حدوث هذا النوع من الإعاقة العقلية ما بين (**20** ـ **40**٪) فقد وجدت بعض الدراسات أن **40**٪ من حالات الإعاقة العقلية تعود إلى النوع العائلي.

وفيما يتعلق بالوراثة الجينية أيضاً فإننا نعود إلى التذكير بأن الفرد يرث عدداً متساوياً من الكروموسومات (Cromosomes) من كلا الوالدين تساوي (**23**)

كروموسوماً من كل منهما ، وبهذا فإن الفرد يرث (46) كروموسوم تترتب في (23) زوجاً.

استطاع ليجوين ورفاقه (Kirk, 1972) في سنة 1959 أن يكتشفوا أنه في حالة الإعاقة العقلية التي اطلقوا عليها اسم المنغولية (Mongolism) يكون لدى الفرد كروموسوم زائد ، وأن هذا الكروموسوم ملتصق مع زوج الكروموزومات رقم (21) بحيث ظهر هذا الزوج ثلاثياً (Trisomy) لا ثنائياً. وهناك حالات أخرى تسبب نوعاً آخر من المنغولية لا يكون فيها كروموسوم زائد بل يكون لدى الفرد فيها (46) كروموسوماً انقسم احدهما والتصق ذلك الجزء بكروموسوم آخر (Disiocation).هذا بالإضافة إلى نوع ثالث من المنغولية يطلق عليها اسم (Mosaic Mongolism). وهذان النوعان الأخيران من المنغولية يشكلان نسبة (4٪ ـ 5٪) فقط من حالات المنغولية جميعها Lilienfield في حين أن نسبة حدوث المنغولية بجميع أشكالها في المجتمع الكلي تشكل 1 ـ 2 ما بين كل (1000) طفل. وتشير بعض الدراسات إلى أن مستوى الإعاقة العقلية في هذه الحالات إما أن يكون متوسطاً أو يكون شديداً.

**ب- العوامل الجينية غير المباشرة:**

تشمل هذه العوامل حالات الإعاقة العقلية التي يرث فيها الجنين صفات مختلفة من الصفات التي ذكرت في العوامل الجينية المباشرة من حيث إن الإعاقة العقلية لا يورث مباشرة هنا ، وأما ما يورث هنا فهو نوع من المرض أو الخلل أو الاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجنين من أحد والديه أو كليهما وتسبب تلفاً لدماغ الطفل وتصيب جهازه العصبي وتعيق نموه وتؤدي إلى تخلفه عقلياً.

تشمل هذه الفئة من العوامل ما يلي:

**1- العيوب المخية Cerebral Defects:**

تنتقل هذه العيوب إلى الجنين عن طريق الجينات يصحبها أحياناً نمو شاذ في الجمجمة قد يرافقه إما صغر الدماغ (*Genetic Microcephaly*) أو كبر الدماغ (Genetic Hydrocephaly)، وهنا تجب الإشارة إلى أننا لا نعني بهذا أن نمو

الجمجمة بصورة شاذة من حيث كبرها أو صغرها يترتب عليه بالضرورة وجود حالة صغر الدماغ أو كبره وبالتالي وجود الإعاقة العقلية، ذلك لأن الإعاقة العقلية تعتمد على مقدار التلف الذي أصاب الدماغ، وانه لا علاقة مباشرة بين حجم الجمجمة وحجم الدماغ.

**2- الاضطرابات في تكوين الخلايا Cellular Dysplasia:**

وهذا الاضطراب ينتقل إلى الجنين عن طريق جينات معينة تؤثر في سلامة تكون الخلايا بشكل عام أو خلايا الدماغ على وجه الخصوص. وفي هذه الحالة بالذات يؤدي إلى الإعاقة العقلية. هذا مع العلم بأن من يحمل هذا الجين أصلاً قد لا يظهر عليه أي من أعراض هذا الاضطراب عدا بعض البثور الجلدية التي قد لا تثير الانتباه، ويحدث هذا ان يولد لهذا الشخص طفل يعاني من تلف شديد في تكوين خلايا الجسم وخلايا الدماغ وبالتالي الإعاقة العقلية.

**3- اضطرابات التمثيل الغذائي أو عملية الهدم والبناء (عملية الأيض) ( Metabolic Biochemical Disorder):**

ويذكر جيريتسين Gerritsen, أنه أمكن التعرف حتى الآن على حوالي (90) نوعاً من الأمراض التي تصيب الجنين نتيجة اضطرابات في التمثيل الغذائي، وأن هذه الأمراض تنتقل إلى الجنين عن طريق الجينات، وقد تمكن علماء الكيمياء الحيوية من التعرف على عدد من المركبات أو العناصر الكيماوية التي تحدث شكلاً أو آخر من الاضطرابات الجينية التي تسبب إعاقة عقلية. أما أطباء الأطفال والمتخصصون في تطور نمو الطفل وصحته فيشيرون إلى أنه أمكن تعريف وتشخيص أكثر من 180 نوعاً من أنواع الأمراض المرتبطة بالتمثيل الغذائي أو عمليات الهدم والبناء. وفي مثل هذه الاضطرابات البيوكيمائية فإن الإعاقة العقلية نفسها لا تورث، وإنما تحدث الإعاقة العقلية نتيجة اضطراب عمليتي الهدم والبناء ويكون نتيجة طفرة في الجينات، تسبب اختفاء نشاط أنزيمي معين أو اضطرابه فيما يتصل بالعمليات المرتبطة بالبروتينات أو الدهون أو الكربوهيدرات.

ويـذكـر بـأن الدراسـات قـد أيـدت أن (85٪) مـن الحـالات الـتي تعـاني مـن اضطرابات في التمثيل الغذائي أو عمليات الهدم والبناء تعاني من اعاقة عقلية شديد وأن 15٪ منها تعاني من اعاقة عقلية متوسطة أو بسيطة.

وفيما يلي أهم تلك الاضطرابات:

أ. الفنيلكتيون يوريا (**Phenylketonuria**) أو فينلبيروفك (**Phenylpyruvic**): وهـو اضطراب بيوكيمائي مرتبط بوجود حا مض الفينلبيروفك (Phenylpyruvic) في بول الطفل، ينتج عن عدم تأكسد حامض الفنيل الينين (Phenyalinine) بسبب انعدام وجود الانـزيم الذي يحدد عملية التأكسد هذه، وتعرف هـذه الحالة باسم (**PKU**) وهـي مـن الحـالات التي يمكـن تشخيصها مبكـراً بإجراء تحليل خاص للبول، ويعتقد أن الاضطراب في التمثيل الغذائي ينتقل إلى الجنين كصفة متنحية أو أنه اذا كان كلا الوالدين يحملان هذا الجين فإن احتمال ان يكون طفلهما المولود معرضاً لاضطراب من هذا النوع نفسه.

ويـذكـر كـيرك (**Kirk, 1972**) أن هـذا الاضـطراب يليـه مبكـراً وذلـك عـن طريق الحمية كنظام غذائي، وذلك عن طريق نظام التغذية بحيث يخلوا منها أو تقل إلى حد كبير حامض الفنيل الينين من طعام المصاب وبهذه الطريقة يمكن وقف التلف الذي يمكن ان يصيب الدماغ ويمكن للطفل ان يعيش سوياً. انظر بابا

ب. جـالا كتوسـيميا **Galactosemia**: وهـي نـوع آخـر مـن اضـطرابات تمثيـل الكربوهيـدرات وفي هـذه الحالـة يكـون الاضـطراب في عمليـة تمثيـل الجالاكتوز (Galactose).

وتعتبر هذه الحالة أيضاً من الحالات التي تورث كصفة منتحية. وهـي شبيهة بالحالة السابقة (PKU) مـن حيث إنـه يمكـن الكشف عنها وتشخيصها مبكراً عن طريق الفحوص البولية، كما يمكن علاجها عن طريق نظام

الحمية أيضاً، وذلك بوقف اعطاء المصاب الجالاكتوز، وذلك بمنع الحليب عن الطفل والتعويض عنه ببديل مثل حليب الصويا (Soybean Milk).وإذا بدا هذا العلاج مبكراً فإنه من الممكن أن تقل أعراض هذا المرض أو قد تختفي نهائياً.

ج. الهوموسيتين يوريا **Homocytinuria**: وهو حامض اكتشف في دم وبول بعض حالات الإعاقة العقلية، ويحدث أيضاً بسبب اضطرابات في التمثيل الغذائي لحامض أميني بسبب وجود كرات دم في بول الطفل.

د. جليوجينوسر **Glycogenosis**: وهو نوع آخر من أنواع اضطرابات التمثيل الغذائي نتيجة اضطراب عملية تمثيل الجليكوجين (Glycogen) ويسبب الإعاقة العقلية.

هـ. حالات العامل الريزيسي (RH) أو اختلاف فصائل الدم المعروفة: وقد سمي بهذا الاسم نسبة لنوع من القرود يسمى قرد ريزوس، اكتشف في دمه لأول مرة، وقد لوحظ أن دم الإنسان يتخثر عند حوالي **85**٪ من الناس إذا اختلط بدم القرد ريزوس، وتسمى فصيلة دم هؤلاء (+.R.H) كما أن **15**٪ من الناس تقريباً لا يتخثر دمهم إذا اختلط بدم القرد ريزوس، ويسمى فصيلة دم هؤلاء (- R.H).

فإن دم الجنين يصبح مختلفاً عن دم الأم التي تحمل في مثل هذه الحالة (- .R. h) وبذلك يقوم دم الأم بتكوين أجسام مضادة لدم الطفل تسبب له مضاعفات قد تقتله أو يولد ميتاً وإذا ولد الجنين حياً فإنه يصاب بفقر الدم الانحلالي الذي يصيب الاطفال حديثي الولادة، وإذا كان تركيز الأجسام المضادة التي يكونها دم الأم عالياً في جسم الجنين ووصلت إلى المخ فإن الطفل يصاب بمرض يسبب له الإعاقة العقلية اوالشلل اوالعمى.

ان اختلاف العامل الرايزيسي (Rh Factor) بين الأم والجنين من العوامل الهامة والتي تسبب الإعاقة أو حالات أخرى من الاعاقة والتشوهات الولادية،

وقد توصل العلم لحل هذه المشكلة من خلال إعطاء الأم إبرة من مادة (Gamma Globulin , anti D) وهي حقن الأم خلال **72** ساعة من الولادة، من أجل منع إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم والتي تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء لدى الجنين (Smith, Patton, Kim ,2006).

**2- عوامل غير جينية Non-Genetic Factors:**

تؤثر على الجنين في فترة الحمل عوامل متعددة أخرى غير تلك العوامل الجينية التي ذكرت سابقاً، ويطلق البعض على هذه المجموعة من العوامل البيئية قبل الولادة وذلك لأن تأثير البيئة على الجنين أو على الطفل فيما بعد لا يقتصر على العوامل المؤثرة عليه بعد الولادة، وانما يبدأ تاثير البيئة فيه منذ اللحظة التي يحدث فيها الاخصاب وتتم عملية التلقيح وتبدأ الحياة، وهذا يعني ان الوضع الصحي والنفسي للأم الحامل أثناء فترة الحمل يعتبر ذا أهمية بالغة في مستقبل الجنين على اعتبار ان هذا الوضع سيؤثر حتماً على نمو الجنين، وبشكل خاص على جهازه العصبي.

أما تلك العوامل البيئية التي تحدث قبل الولادة وتسبب اعاقة عقلياً فهي ما يلي:

أ- الأمراض التي تصيب الأم الحامل Pre- Natal Diseases مثل إصابة الأم الحامل بأحد الأمراض المعدية، مثل الحصبة الالمانية (German Measles)أو مرض الزهري (Syphillis) الذي يؤثر في الجهاز العصبي للجنين فيؤدي إلى التشوهات أو وفيات الأجنة أو إصابتهم بإعاقة عقلية وخاصة في الشهور الثلاث الأولى من الحمل، ومن هذه الأمراض أيضاً تسمم الدم الذي يسمى (Toxo Plasmosis) وهنالك إصابة الأم الحامل بمرض السكري المزمن (Diabetes). ويبدو أن انتقال العدوى من الأم الحامل إلى الجنين والتي تنقل بعضها عبر المشيمة الى الجنين، قد يسبب له أمراضاً أو تشوهات مثل الصمم أو العمى أو البكم أو أمراض القلب أو ضمور المخ (Microcephalis) كما قد يعاني من تأخر نموه الجسمي والعقلي، وبالتالي يكون الطفل معاقاً وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل حيث يكون تأثيرها بنسبة **50**٪ في

الشهر الأول، و25٪ في الشهر الثاني، و10٪ في الشهر الثالث، و1 ـ 2٪ في الشهر الرابع ويؤثر الفيروس في الجهاز العصبي المركزي للجنين فيؤدي إلى إعاقات ومنها الإعاقة العقلية (Smith, 2007).

ب- ويذكر أن حوالي 17٪ إلى 24٪ من الاطفال الذين يولدون لأمهات أصبن بالحصبة الالمانية أثناء فترة الحمل يكونوا مشوهين أو مصابين بإحدى أو بعض التشوهات والأمراض السابقة، أما احتمالات التشوه فتزداد إذا ما حدثت الاصابة في الشهور الثلاث الأولى من الحمل ونقل فيما بعد، والجدير بالذكر هنا أن الحصبة الالمانية الآن تخضع لعمليات التطعيم، وينصح بتطعيم الأطفال الاناث بشكل خاص بتناول مصل الحصبة الالمانية، وبهذا فإنه من المتوقع أن تقل أو تنعدم اصابات الإعاقة العقلية المتسببة عن الحصبة الالمانية، إذا ما توافر مثل هذا التطعيم لجميع الأطفال الاناث.

إن إصابة الأم الحامل بالحمى المضخمة للخلايا ( Human Cytomegalovirus-HCMV) من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، حيث إن الفيروسات الوبائية تنتقل من الأم الحامل إلى الجنين من خلال فترة الحمل، وتنتقل إلى الجنين بنسبة 40٪ في أثناء الثلاثة شهور الأولى من الحمل، و50٪ في الثلاثة شهور الثانية من الحمل، و71٪ في الثلاثة شهور الأخيرة من الحمل، حيث تلعب إصابة الأم الحامل التي تصاب لأول مرة بالحمى المضخمة للخلايا (HCMV) الدور الرئيس لإصابة الجنين وبنسبة (20٪ ـ 40٪) من إصابة الأم المتكررة بالحمى المضخمة للخلايا حيث إن نسبة انتقالها للجنين تبلغ (0.2٪ ـ 4٪) حيث يصاب بواحدة أو مجموعه من الأعراض التالية، صغر حجم الدماغ، الأنيميا، اليرقان، تضخم الكبد و الطحال، استسقاء الدماغ، تكلس المخ، إعاقة عقلية، فقدان البصر (Revello, & Gerna, 2002).

ج- اضطرابات التسمم العضوي (Organic Toxins): يتأثر نمو وتطور الجنين في رحم الأم ببعض الأمراض والاضطرابات التي تصيب الأم، وينتج عنها

تسمم عضوي يمكن أن ينتقل إلى الجنين عن طريق الحبل السري يؤثر في الجنين وخاصة في جهازه العصبي، مما قد يسبب اعاقة عقلياً.

د- عدم توفر الأوكسجين للجنين (قلة الأوكسجين) **Inadequate Oxygen**:
يأخذ الجنين الأوكسجين اللازم له عن طريق الدورة الدموية، فإذا قلت كمية الأوكسجين التي تصل الى الجنين لأي سبب، فإن ذلك يؤثر على نموه العام وعلى الجهاز العصبي بشكل خاص، ويذكر بأنه إذا حرمت الأم الحامل من الكمية الكافية من الأوكسجين اللازم فإنها قد تعاني هي وجنينها من تلف في الجهاز العصبي.

هـ- إصابات الأم الحامل بمرض حمى الصفراء، وهو مرض يصيب الأم الحامل حيث ترتفع لديها نسبة البيليروبين (Bilirubin)، ويسبب مرضاً للجنين يسمى عادة بمرض الصفراء المخية (Kenicterus) يؤثر على الجنين ويسبب له إعاقة عقلية.

و- إصابة الأم الحامل بارتفاع درجة حرارة شديدة لمدة طويلة في أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل يؤدي الى الإجهاض أو إصابة الجنين بالإعاقة العقلية (**Piecuch, Leonard, Cooper, & Sehring, 1997**). كذلك تعرض الأم لهبوط حاد في الضغط خلال الحمل يؤدي إلى إصابة الجنين بتلف دماغي وهذا شبيه بنقص الأكسجين عند الجنين من خلال عملية الولادة (**Luciano, & et al, 1997**).

ز- لقد وجد أن **20**٪ من الأطفال الذين يولدون وقد أصيبوا بداء المقوسات في أثناء الحمل أنهم يعانون من اضطرابات أو إعاقات تشمل الإعاقة العقلية، أو الصرع، أو تلف شبكية العين، أو فقدان السمع (***Futagi, Suzuki, & Goto 1998***).

ح- مشكلات سوء التغذية بالنسبة للأم الحامل **Malnutrition Pre- Natal**:
ويذكر ثورن Thorne ان اصابة الأم الحامل بالانيميا يمكن أن تحرم الجنين من التغذية اللازمة لنموه نمواً سليماً، من حيث توازن المواد الكيماوية المختلفة

والفيتامينات، مما قد يتسبب في تلف دائم للجنين وينتج عنه اعاقة عقلية، فسوء التغذية خلال الحمل من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية ، كما أن نقص البروتين في التغذية وبخاصة في أثناء الحمل والطفولة المبكرة تسهم في حدوث الإعاقة العقلية (فراج، 2002) .

إصابة الأم الحامل بحالة فينيل كيتون يوريا ( Phenylketonuria Urea, PKU) في حال عدم اتباع نظام غذائي خاص قبل وفي أثناء الحمل يؤدي إلى ارتفاع نسبة الفينانيل، مما يسهم في حدوث تلف في دماغ الجنين حتى لو لم يصب بـ (PKU)، ولكن يتأثر فيه وهذا ما يسمى بـ (Maternal PKU). حيث إن 90٪ من أطفال الأمهات المصابات بـ (PKU) ولا يتّبعن نظاماً غذائياً مناسباً يؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو صغر حجم الدماغ أو نقص الوزن عند الولادة (Levye,1988). ووجد نوكس (Knox) أن حوالي 64٪ من الأطفال المصابين بـ (PKU) يعانون من إعاقة عقلية شديدة، و23٪ تعاني من إعاقة عقلية متوسطة، و13٪ تعاني من إعاقة عقلية بسيطة (مرسي، 1999).

ط- تعرض الأم الحامل للحوادث المفاجئة، كتعرضها لاضطرابات في افرازات الغدد الصماء وتعرضها لأشعة اكس ومحاولات الاجهاض والحمى الشديدة، مما قد يسبب بعض التشوهات للجنين وتعيق نموه الجسمي والعقلي، وقد تصل هذه الإعاقة إلى حد الإعاقة العقلية.

ي- ويؤدي نقص هرمون الغدة الدرقية لكل من الأمهات الحوامل و الأجنة في المناطق التي بها نقص الايودين في الغذاء إلى حدوث القزامة عند الأطفال (Cretinism) مما يسهم في حدوث الإعاقة العقلية (Smallridge, & Ladenson, 2001).

ك- كذلك اكتشف الباحثون أن تناول الكحول يوميا في أثناء الحمل يسبب تلفا في الدماغ ويؤثر في نمو الجنين، و الذاكرة، و الانتباه، و السلوك الاجتماعي لاحقا وهو من الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية (Mooro & Persaud ,1998)،

ان تعاطي الكحول يؤدي إلى الإعاقة العقلية والتشوهات الخلقية و الإجهاض في أثناء الحمل و اضطراب السلوك عند الأطفال، ويؤدي إلى ظاهرة الجنين الكحولي (Fetal Alcohol Syndrome) التي يولد بصغر حجم الرأس، واعاقة عقلية، أو تشوهات خلقية في الفك الأسفل وعينين صغيرتين وحول وغيرها (Stephanic, & Brandag, 2002).

ل- تعرض الأم للإصابة بالتسمم البلازمي (داء المقوسات) (Toxoplasmosis) خلال الحمل، وهو اصابة الأم بميكروب طفيلي عن طريق اللحم النيئ والخضار الملوثة، خاصة بروث القطط، مما يسهم في تلف الجهاز العصبي المركزي للجنين ومن ثم الأصابة بالإعاقة العقلية، أو العمى، أو التشنجات، أو الوفاة (Soto, 2002).

م- ان قيام الأم الحامل بالتدخين في أثناء الحمل سبب من أسباب الولادة المبكرة وبنسبة 10٪ _ 15٪ (Robert, & Goldenberg, 2002)، يسهم التدخين في أثناء فترة الحمل الى صغر حجم الجنين، ويزيد من إمكانية وقوع الإجهاض، وولادة أطفال أقل وزناً من (2500) غرام، ويؤثر في الأوعية الدموية في الرحم التي بدورها توثر في نسبة الأوكسجين الواصلة الى الجنين والمشيمة مما يؤدي الى نقص التغذية فيزيد من احتمالية الإصابة بالإعاقة العقلية، وانخفاض في درجات الذكاء (Smith , et,al 2006).

ن- تعاطي العقاقير و الأدوية Use Alcohol & Drugs في أثناء الحمل مثل بعض المضادات الحيوية، أو بعض أدوية الصرع، واستخدام الكوكائين قبل وفي أثناء الحمل، إلى ظهور حالات إجهاض أو ولادة أطفال خداج،أو الإصابة بالإعاقة العقلية ،أو تشوهات خلقية، وتناول مادة الثاليدوميد (Thalidomide) في الأشهر الثلاثة الأولى وبخاصة الأسبوع الثاني من الحمل يؤدي إلى تشوهات في الجنين (Brent, 2004).

س- إصابة الجنين نفسه ببعض الأمراض النادرة التي يكثر انتشارها بين بعض الشعوب والأجناس دون الأخرى مثل:

- التهاب السحايا Meninghitis: ويسبب هذا الالتهاب عن نوع من البكتيريا يدعى (Meningococcus) يؤثر في القشرة الدماغية والجهاز العصبي المركزي.
- الالتهاب الدماغي (Encephalitis) وهو التهاب عام في الدماغ يتسبب عن أنواع مختلفة من البكتيريا والفيروسات.
- الأمراض الناجمة عن زوال النخاعين (أو زوال المادة النخاعية): Dmyelinating Diseases: وهي أمراض تسبب التهابات في النخاع الشوكي وتؤثر في الجهاز العصبي المركزي.
- الحفل الأبيض (سوء تغذية المادة الدماغية البيضاء) Leucodystrophies، وهي أمراض تسبب انحلال المادة البيضاء في الدماغ، المكونة من نسيج عصبي. ويعتبر تأثير هذه الأمراض قوياً في الغالب، إذ تسبب وفاة الطفل في كثير من الحالات بعد عدة أشهر أو بعد سنوات قليلة من بداية المرض.
- الاضطرابات التشنجية (Convulsive Disorders): تدخل الاضطرابات التشنجية في إطار الإعاقة العقلية، ويعتقد البعض أن هذه الحالات والنوبات المصاحبة لها تصبح أشد في حالات التلف الدماغي، وبذلك يعتبرها البعض مظهراً من مظاهر التلف الدماغي وليست سبباً لهذا التلف.
- اضطرابات الغدد وعدم قيامها بوظائفها Glandular Dysfunction من ذلك اضطرابات الغدة النخامية (Pituitary Gland) والغدة الدرقية (Thyroid Gland) والغدة الصعترية (Thymus Gland) الموجودة قرب قاعدة العنف، والغدد التناسلية (Gonads).

تعتبر جميع هذه الغدد أساسية للنمو وتوازن الهرمونات داخل الجسم، وكل خلل في تأدية هذه الغدد لوظائفها خلال فترة الطفولة يؤثر على

النمو الجسمي والعقلي للطفل بشكل واضح. ويظهر أثر هذه الغدد في حالة الإعاقة العقلية المعروفة بالقماءة (Cretinism) التي تسبب عن اضطراب في إفرازات الغدة الدرقية، وتظهر على شكل تشوه جسدي وقصر في القامة مع كبر في حجم الرأس مصحوب بالبلاهة.

- (Tay-Sachs Disease) ويعرف بالعته المميت (Amortic) وتظهر اعراضه على شكل الشلل والعمى وتلف الجهاز العصبي المركزي وشبكية العين، وكذلك مرض فون ركلنجهأوزنز (Von Recklinghausens) ومرض برش فيلد (Brush Field) الذي يسبب تورم الشعيرات العصبية أو الأوعية الدموية في جبهة الجنين ويحدث اعاقة عقلياً.

## عوامل أثناء الولادة (Perinatal Causes):

نتحدث هنا عن تلك المجموعة من العوامل أو المشكلات التي تحدث أثناء عملية الولادة وتؤثر على المولود، وقد تكون آثار هذه المشكلات التي تتعرض لها الأم ساعة الوضع ويتعرض لها الطفل المولود آثاراً سيئة قد تدوم مع الطفل إلى الأبد، وقد تحدث بعض المشكلات الصحية والعقلية الدائمة. ولذلك فإن فترة الولادة تعتبر من أهم الفترات الحرجة بالنسبة لحياة الطفل، حتى أن فرويد اعتبر لحظة الميلاد صدمة قد يتعرض لها الطفل، وتكون خبرة الخطر الأول التي يتعرض لها الطفل وتسبب له القلق الأول وذلك بما فيها من احتمال للخطر قد يصل إلى الموت.

فقد يصاب الطفل أثناء الولادة نتيجة إحدى أو بعض المشكلات التي يتعرض لها مثل الولادة العسرة والولادة الجافة والاختناق حيث تنخفض أو تنقطع كمية الأوكسجين عن الوصول إلى دم المولود لفترة قصيرة، وتسمى هذه الحالة اسفكسيا (Asphyxia) أو (Anoxia Cerebral)، وفي مثل هذه الحالة فإن انقطاع الأوكسجين وعدم وصوله إلى دماغ الوليد ولو فترة قصيرة جداً يؤدي إلى تلف في بعض خلايا الدماغ، ويسبب الإعاقة العقلية، أو بعض الاضطرابات الحركية، ونقص

الأكسجين في أثناء عملية الولادة (Asphyxia) يؤدي إلى تلف في الخلايا الدماغية للجنين (Smith,2006).

وقد أشار مرسي (1999) إلى نتائج الدراسة التي قام بها جوتفرايد (Gottfried) بأن الأطفال الذين تعرضوا للاختناق في أثناء الولادة، وجد النمو العقلي عند معظمهم عادياً، ولكن ترتفع بينهم حالات الإعاقة العقلية، ويشير فيراري (Ferrari 1982) في مقارنة أجريت في العديد من مراكز أوروبا واميريكا واستراليا، حول متابعة المواليد التي تقل أوزانهم عن 1500 غرام، أن حوالي 7٪ منهم مصابون بشلل دماغي، و15٪ مصابون بإعاقة عقلية. وأن حوالي 8٪ - 10٪ من المواليد التي يقل وزنهم عند الولادة عن 1000 غرام يعانون من نسبة عالية من الإعاقات سواء البصرية أم العقلية، أم اضطرابات السلوك، أم انخفاض مستوى التحصيل في المدارس (Robert & Golden berg, 2002)، تسمم الجنين (Toxaemia)، أو انفصال المشيمة المبكر (Placental Separation Early) أو طول عملية الولادة أو عسرها أو زيادة هرمون (Oxytocin) الذي ينشط عملية الولادة، استخلص الباحثون أن ظروف الحمل السيئة، والولادة العسرة لها علاقة كبيرة بانخفاض الذكاء لدى المواليد (Vernon,1979)، وتؤدي الولادة الطويلة، والولادة الجافة، والولادة التي بها دفع سريع (طلق سريع) إلى اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي في خلايا الدماغ، فيؤدي إلى إعاقة عقلية عند الوليد (مرسي، 1999)، التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين يسهم في حدوث الاعاقة العقلية، الإصابات الجسمية (Physical Trauma) تحدث تلفا أو جروحا في دماغ الجنين في أثناء عملية الولادة نتيجة وضع الجنين داخل الرحم أو نتيجة استخدام الأدوات في أثناء عملية الولادة تسهم في الإعاقة الشديدة أو الشلل أو التشنجات أو الشلل المخي ومشكلات في الإدراك، ونشاط حركي زائد (الشناوي، 1997)، الولادة قبل الأوان (Preterm Delivery) تسهم في حدوث العديد من الاعاقات مثل الشلل الدماغي، و الإعاقة العقلية، وتلف شبكية العين، حيث إن المخاطر المؤدية للإعاقات يرجع بشكل مباشر للعمر الحملي بالأسابيع للجنين (Gestational Age)، (Robert, & Goldenberg, 2002) نقص الوزن عند الولادة

(Birth weight Low) حيث تقدر نسبة الوفيات لدى الأطفال قليلي الوزن عند الولادة نتيجة سوء التغذية الى حوالي 86 / 1000 ، والمواليد الذين يعيشون هم عرضه للوفاة أو ضعف في النمو العصبي (Suskind & Tonetisirin ,2001). وأن ولادة طفل أقل من 2.5 كغم يسهم في تعرض الطفل إلى إعاقة عقلية أو جسمية (Smith, & et al, 2006).

هذا بالإضافة إلى الولادات المبكرة واستعمال الأجهزة والآلات في عمليات التوليد في حالات عسر الولادة. ومن هنا ينصح بأن تقوم الأم منذ بداية الحمل بمراجعة الطبيب للإشراف الدائم، وأن تكون عملية الوضع تحت اشراف الأطباء. أو القابلة القانونية كما يجب تحويل حالات الولادة الصعبة إلى المستشفى حتى تتم الولادة تحت الإشراف الطبي.

## عوامل ما بعد الولادة (Postnatal Factors):

وتشمل الحوادث والأمراض المختلفة التي قد يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره بشكل خاص، وتسبب تلفاً في الجهاز العصبي أو بعض أجزائه ومن بين هذه الحوادث والأمراض ما يلي:

وعلى اثر دراسة تحليلية للدراسات تناولت موضوع العلاقة بين الخبرة والنمو العقلي، تبين أن للخبرات المبكرة المناسبة التي يتعرض لها الطفل أثراً فعالاً في زيادة النمو العقلي، ويدعم دعاة العوامل الثقافية في الإعاقة العقلية ادعاءهم هذا ببعض الدراسات التي تناولت أثر الخبرات المبكرة التي يتعرض لها الطفل حين ينتقل من بيئة إلى أخرى، وسنشير هنا إلى بعض هذه الدراسات والنتائج التي توصلت إليها.

فقد اجرى سكييلز وادي Skeels & Dye دراسة تجريبية كان موضوعها يدور حول أثر الرعاية الاجتماعية في ذكاء الأطفال المعاقين عقلياً و تألفت العينة من (25) طفلاً في دار إيواء في سن الثالثة وما دون، حيث قسم الأطفال إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية من (13) طفلاً تراوحت نسب ذكائهم ما بين (35 ـ 89) بمتوسط مقداره (64) كما قيس ذكاؤهم باختبار النمو العقلي لكولمان (Kuhlman)، ونقلت هذه المجموعة التجريبية من دار إيواء إلى مركز خاص بالمعاقين عقلياً، ووضع كل

واحد منهم في قاعة خاصة في المركز تحت رعاية أحد المرضى الكبار، وذلك لضمان إعطائهم قدراً كبيراً من الرعاية الفردية من قبل المرضى الكبار والعاملين في المركز، أما المجموعة الضابطة فقد شملت (12) طفلاً من نفس دار إيواء تراوحت نسب ذكائهم ما بين (5 ـ 103) وبمتوسط قدره (87.6) وتركت هذه المجموعة لتبقى في دار إيواء تحت ظروفها التي تخلو من الاثارة.

أعيد اختبار ذكاء المجموعة التجريبية بعد سنة ونصف من نقلهم إلى مركز المعاقين عقلياً فتبين أن متوسط ذكاء هذه المجموعة قد ارتفع بمعدل **27.5** درجة. أما المجموعة الضابطة التي بقيت في دار إيواء فقد أعيد اختبار ذكاء أفرادها بعد ثلاثين شهراً، ووجد أن متوسط ذكاء أفراد هذه المجموعة قد انخفض بمعدل **26.2** درجة عن السابق.

هذا وقد أجرى سكيلز دراستين تتبعيتين لهؤلاء الاطفال احداهما بعد ثلاث سنوات Skeels والثانية بعد **21** عاماً .Skeels ووجد سكيلز في دراسته التتبعية الأولى أن أفراد المجموعة التجريبية الذين عاشوا في بيوت للتبني قد حافظوا على زيادة مطردة في نسبة ذكائهم، في حين أن أفراد المجموعة الضابطة الذين بقوا في دار إيواء قد حافظوا على نقص نسبة ذكائهم.

أما في دراسته التتبعية الثانية **Skeels** التي تابع فيها هؤلاء الأطفال بعد (**21**) عاماً وكانت أعمارهم قد وصلت بين **20 ـ 35**. يعانون من التهابات الدماغ أو خمج الدماغ أو التهاب السحايا وهو مرض يصيب الأطفال الصغار **(Hallahan, & Kauffman, 2006)**. وهناك من **15 ـ 20**٪ من الأطفال الذين أصيبوا بالتهاب السحايا يعانون من الإعاقة العقلية بعد الشفاء منه (مرسي، **1999**).

- إصابة الدماغ على إثر الحوادث والصدامات Brain Injury (Trauma):
  قد يصاب الدماغ بالتلف إثر تعرض الطفل لبعض الحوادث والصدمات التي يمكن أن يتعرض لها أي وقت بعد الولادة. ويعتمد مقدار التلف الذي يصيب الدماغ على نوع الصدمة وشدتها وعمر الطفل وموضع التلف. كما يعتقد

البعض أن تأثير الصدمة أيضاً يعتمد إلى حد ما على شخصية المصاب ومستوى ذكائه قبل تعرضه للصدمة، فإصابة القشرة الدماغية مثلاً تؤثر في قدرة الفرد على استعمال اللغة والقدرة على التفكير التجريدي

- نقص نشاط الغدة الدرقية (Congenital Hypothyroidism) أحد الأسباب الرئيسة للإعاقة العقلية عند الأطفال، حيث إن نقص هرمون الغدة الدرقية عند الأطفال يمنع تطور ونمو الدماغ بالشكل الصحيح، ويوقف النمو عند الأطفال **(Shamon, 2005)**.

وكذلك تؤدي أمراض الغدد مثل أمراض الغدة الدرقية، والغدة الثايموسية إلى اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي لخلايا الدماغ والجهاز العصبي وتسبب الإعاقة العقلية عند الأطفال في مرحلة الطفولة (مرسي، **1999**).

- متلازمة أو عرض هز الطفل (Shaking Baby Syndrome) والاهمال، والعنف الجسدي، يشير لند وساندرين وند سين**(Lund, Sandgren, & Knudsen, 1998)** إلى أن عرض هز الطفل يعد شكل من الإشكال الخطيرة للعنف الجسدي ضد الأطفال، حيث إنه يلاحظ عند الأطفال الذين في عمر أقل من سنة، والتي تؤدي إلى (**60** ٪) من الإعاقات الشديدة مثل فقدان البصر، والإعاقة العقلية، و الشلل الدماغي، والصرع.
- وتؤدي إساءة الأطفال عن طريق عرض هز الطفل (Shaking Baby Syndrome) وقصع العنق (Shaking _ Whiplash) إلى إصابات خطيرة عند الأطفال وتشتمل تلف الدماغ، واضطرابات عصبية، وفقدان البصر، وإعاقة عقلية، وقد تحدث هذه المشاكل دون ظهور أية إصابات خارجية في الرأس (**Choicca, 1995**). حيث تتراوح نسبة الإصابات من هز عرض الطفل (Shaking Baby Syndrome) من (**15**٪ _ **38**٪) **(Ludwig, & Warman, 1984)**.
- الحرمان الثقافي ودوره في الإعاقة العقلية، حيث استنتج الباحثون وجود علاقة بين الإعاقة العقلية غير معروفة الأسباب والإعاقة الثقافية للبيئة التي

نشأ فيها الطفل، لأن البيئة الأسرية تلعب دورا كبيرا في تنمية الطفل وخاصة في السنوات الخمس الأولى من حياته فإذا كانت غير ملائمة فإنها تسهم في إعاقته عقليا (مرسي، 1999). وهناك تأثير للبيئة مثل الحرمان البيئي الذي يصاحبه تاريخ عائلي للإعاقة العقلية سواء لأحد الوالدين أم الإخوة يسهم في الإصابة بالإعاقة العقلية (Wong, & et al,1999). والافتقار إلى الإثارة الكافية، حيث لا يتوافر للطفل ما يثير الاهتمام من الأشياء الملموسة ولا اي اتصال مع الآخرين مثل العزلة أو عدم الاهتمام به من العوامل المسهمة في حدوث الإعاقة العقلية (Hallahan & Kauffman, 2006).

- سوء التغذية له تأثير رئيس في تطور الدماغ لدى الأطفال وينتج عنه إعاقة عقلية دائمة، ففي أوغندا يعاني **40**٪ من الأطفال من سوء التغذية، و**5**٪ - **10**٪ منهم معاقون عقليا، بالإضافة إلى أن سوء التغذية لدى الأطفال إذا صاحبه نقص في المحفزات البيئية واللعب يسهم في حدوث الإعاقة العقلية (Thomas, 2004).
- وأخيراً بعض الأمراض التي تصيب الأطفال كالحصبة الألمانية والسعال الديكي والحمى القرمزية (scarlet Fever)، والواقع أن مضاعفات هذه الأمراض وما يرافقها من حمى شديدة قد يكون لها أثر سيء على الطفل المصاب قد يسبب له تلفاً في بعض أجزاء الدماغ وبالتالي الإعاقة العقلية. ولذلك يجب الاهتمام بتنزيل درجة حرارة الطفل في حالات الحصبة وغيرها من الأمراض السارية.
- تعرض الطفل لحوادث التسمم والاختناق التي تؤثر على الدماغ.

### عوامل غير محددة (Undifferent iated Factors):

على الرغم من أن ما هو معروف حتى الان من أسباب وعوامل الإعاقة العقلية إلا انها تتسبب في **25**٪ فقط من حالات الإعاقة العقلية المعروفة والـ **75**٪ من الاسباب ما زالت الدراسات والابحاث تطلعنا على الجديد فيها.

وهذا يعني أنه لا يزال هناك حالات من الإعاقة العقلية لا يبدو فيها الفرد معاقاً بالمقارنة مع غيره من الأسوياء من حيث المظهر الجسمي العام، إلا أن وظائفه العقلية محدودة بعض الشيء. وتمثل هذه الفئة **75٪** من حالات الإعاقة العقلية Thorne ويمكن تصنيفهم في فئة الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Retardation) يستطيع الفرد من هذه الفئة تدبير أموره في الحياة بطرق متعددة، رغم أن معظم هؤلاء الأفراد يحتاجون إلى الرعاية الاجتماعية والتدريب خلال سنوات النمو.

يعتقد الكثير من علماء النفس أن الكثير من هذه الحالات إنما تكون نتيجة مباشرة لظروف البيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الفقيرة، ويدللون على ذلك ببعض الدراسات التي اتخذت أنماطاً مختلفة تراوحت بين دراسة حالات فردية لأطفال حرموا من البيئة الثقافية والاجتماعية كطفل الافيرون الفرنسي الذي عمل معه ايتارد Itard والدراسات المقارنة بين البيئات الثقافية المختلفة والدراسات التجريبية المضبوطة.

وفي دراسة أخرى أجريت على **12** طفلاً ينتمون إلى بيوت فقيرة وضعوا في مدرسة خاصة للأطفال المعاقين وقدمت لهم برامج تربوية خاصة. وتمت مقارنة هذه المجموعة مع اخوانهم من العاديين والتوائم الذين عاشوا في البيوت نفسها دون أن تتاح لهم فرصة الاشتراك في تلك البرامج التربوية، كما تمت مقارنة هاتين المجموعتين مع اربعة أطفال اخذوا من بيوتهم الفقيرة ووضعوا في بيوت للتبني، كما وضعوا في برامج التربية الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة فوجد أن نتائج هذا المقارنة كانت كما يلخصها كيرك **(kirk, 1972)** على النحو التالي:

- جميع الأطفال الأربعة في المجموعة الأخيرة حصلوا على معدل أعلى في نموهم العقلي.
- إن ثلثي أفراد المجموعة التجريبية قد ازداد معدل نموهم العقلي أيضاً.
- إن سبعة من الأخوة العاديين والتوائم (المجموعة الضابطة) قد ازداد معدل نموهم العقلي فقط. أما الخمسة الباقون فقد تبين وجود اختلاف دال في المستوى بصفة عامة وانخفض معدل نموهم العقلي والاجتماعي.

وهذه النتائج التي توصل إليها كيرك تشير إلى أن الأطفال الذين يحرمون من التربية في عمر ما قبل المدرسة ويعيشون في بيوت فقيرة ثقافياً يميلون إما إلى المحافظة على مستوى نموهم العقلي كما هو، أو إلى أن ينقص نموهم العقلي هذا كلما كبروا. أما حين تقدم التربية الخاصة لهؤلاء الأطفال سواء على شكل برامج تربوية خاصة أو على أثر نقلهم إلى بيوت تبّنٍ أفضل من بيوتهم، فإن نموهم سيسير في الاتجاه الايجابي وتزداد نسبة ذكائهم ونموهم الاجتماعي.

وفي دراسة أجرتها شميت Schmidt على مجموعة من الأطفال بلغ عددهم (**254**) طفلاً وجدوا في مركز للتربية الخاصة للمعاقين عقلياً تبين أنهم بعد ثلاث سنوات من وجودهم في المركز قد ازداد متوسط نسب ذكائهم من **1** و**52** درجة إلى **6** و**71** درجة، وأن هذه الزيادة قد استمرت حتى وصلت الى **89.3** درجة في نهاية السنوات الخمس من تلقيهم لهذه الخدمات، وكذلك تشير النتائج إلى أن حوالي **60**٪ من هؤلاء الأطفال قد حققوا زيادة في نسبة الذكاء تكفي لأن تنقلهم من فئة المعاقين إلى فئة الاسوياء، وان **81**٪ من هؤلاء الأطفال قد حققوا زيادة في نسب الذكاء حدها الأدنى **30** درجة. وعلى عكس ذلك فإن المجموعة الضابطة التي لم تتلق هذه الخدمات والتدريب الخاص قد نقص مستوى ذكاء أفرادها.

وقد تمكن سكيلز Skeels من أن يحصر أفراد الدراسة السابقة فوجدهم جميعا من خلال دراسة تتبعية ما عدا فردا واحدا كان قد توفي، كما يلي:

1- إن أفراد المجموعة التجريبية جميعهم يقومون برعاية أنفسهم، وانه لا يوجد بينهم أحد في مؤسسة للرعاية سواء أكانت خاصة أم عامة.

2- إن أحد أفراد المجموعة الضابطة توفي في مرحلة المراهقة بينما كان مقيماً في مركز الإعاقة العقلية، وإن أربعة آخرين لا يزالون مقيمين في مراكز خاصة.

3- إن متوسط السنوات الدراسية التي أنهاها أفراد المجموعة التجريبية كان **12** سنة دراسية في حين أن متوسط سنوات الدراسة التي انهاها أفراد المجموعة الضابطة كان أقل من ثلاث سنوات دراسية.

يتبين من هذه الدراسة التي تعتبر من الدراسات النادرة في هذا المجال وخاصة أنها قد تناولت المجموعة بدراسات تتبعية لمدة طويلة أن اختلاف البيئة الثقافية في السنوات الأولى من عمر الطفل على الأقل ينعكس على نمو الطفل زيادة أو نقصاناً، كما أن الزيادة الحاصلة لدى الطفل في مستوى ذكائه نتيجة البيئة الثقافية الغنية أو النقص الحاصل بسبب النقص الحرمان الثقافي في المراحل المبكرة من العمر تستمر مع الطفل فيما بعد.

تتفق نتائج دراسات سكييلز هذه مع نتائج دراستين اجراهما كيرك **Kirk**، احداهما سنة **1958** والثانية سنة **1965**، فقد اخذ في الدراسة الأولى سنة **1958** **(15)** طفلاً من مركز للمعاقين قدمت لهم برامج تربوية لمرحلة ما قبل المدرسة، وأبقى **(12)** طفاً آخر من العمر نفسه من مستوى الذكاء نفسه في المركز.وقد كان متوسط عمر المجموعتين حوالي أربع سنوات ونصف عند بداية الدراسة، وبعد ثلاث سنوات وفي عمر **7 ـ 8** سنوات، وجد كيرك ان المجموعة التجريبية قد زادت درجات أفرادها بشكل ملحوظ على كل من مقاييس ستانفورد بينيه وكولمان للنمو العقلي، ومقياس فاينلند للنضج الاجتماعي، في حين أن درجات أفراد المجموعة الأخرى (الضابطة) قد نقصت على جميع هذه المقاييس الثلاثة، ووجد كيرك كذلك أن ستة أفراد من المجموعة التجريبية قد تركوا المركز إما إلى بيوتهم أو إلى بيوت للتبني على إثر زيادة في نسبة ذكائهم وتكيفهم، في حين أنه لم يترك أياً من أفراد المجموعة الضابطة المركز خلال الفترة نفسها.

أما جوسكن و سبكر **Guskin & Spicker** فقد تناولا في دراستهما **(28)** طفلاً من أسر فقيرة ثقافياً، وكان متوسط أعمار الأطفال يقارب **(5)** سنوات، في حين تراوحت نسبة ذكائهم ما بين **50 ــ 85** درجة، وعند مقارنة هذه المجموعة مع

مجموعتين أخريين إحداهما في روضة اطفال عادية ، والأخرى بقيت في بيوتها وجد أن متوسط نسبة ذكاء أفراد المجموعة التجريبية قد ارتفع من **75.8** درجة إلى **91.3** درجة على مقياس ستانفورد بينيه، وذلك عندما وصلوا إلى الصف الأول الابتدائي، في حين أن المجموعة التي وجدت في روضة الاطفال العادية قد حققت زيادة في متوسط نسبة ذكاء أفرادها من **74.1** درجة قبل التجربة إلى **82.9** درجة في مرحلة الصف الأول الابتدائي، وهذا يعني أن الخبرات التي مر بها الاطفال في روضة الأطفال العادية بالاضافة إلى خبراتهم في الصف الأول قد ساهمت في زيادة نسبة ذكائهم، إلا أن هذه الزيادة كانت أقل من الزيادة التي طرأت على نسبة ذكاء الأطفال الذين تلقوا برنامجاً خاصاً، أما المجموعة التي بقيت في بيوتها فإن افرادها لم يتقدموا طيلة وجودهم في بيوتهم، إلا انهم بدأوا يحصلون على زيادة في نسبة ذكائهم بعد دخولهم في الصف الأول الابتدائي.

إن نتائج الدراسات التي ذكرت هنا والتي تناولت أثر الخبرات الثقافية والاجتماعية والتربوية على النمو العقلي للأطفال، تقدم دليلاً قوياً على أن المساعدة المبكرة في الخبرات الثقافية والتربوية والعلاجية الخاصة للأطفال المحرومين ثقافياً واجتماعياً ونفسياً، تزيد من نموهم العقلي والاجتماعي والتربوي، وان نقص هذه الخبرات يقلل من فرص النمو ان لم يوقفها أو يؤخرها. وفي هذا الصدد يقول بلوم Bloom " ان **50**٪ من النمو العقلي (نمو الذكاء) انما يتم من الاخصاب وسن اربع سنوات، وان **30**٪ بين **4** ـ **8** سنوات، وإن الـ **20**٪ الباقية تتم بين **8** ـ **17** سنة) **Kirk**.

وإذا كان ما يقوله بلوم صحيحاً، فإن هذا يعني أن الوقاية من الإعاقة العقلية المسبب من عوامل ثقافية انما يتطلب انشاء وتأسيس مراكز وبيوت تدريب خاصة، ودور حضانة مناسبة، ورياض أطفال لجميع أطفال الطبقات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتركيز على الطبقات المتدنية.

والواقع أن هذه الدراسات والنتائج التي توصلت إليها وان كانت تقدم دليلاً قوياً على أثر العوامل الثقافية والاجتماعية على النمو العقلي بشكل عام، فإننا لا نستطيع أن

نأخذها على أنها تقدم دليلاً واضحاً على أن العوامل الثقافية والاجتماعية هذه هي المسبب الإعاقة العقلية بالمعنى الذي قبلناه في حديثنا عن مفهوم الإعاقة العقلية، وإن كانت تقدم شيئاً فهي انما تقدم دليلاً على أن هناك علاقة بين الحرمان الثقافي والاجتماعي من جهة والإعاقة العقلية من جهة أخرى.

وإن هذا الارتباط قد لا يكفي لإثبات أن هذه العوامل تسبب إعاقة عقلياً، ولكن ما من شك بأن الحرمان الثقافي والاجتماعي والاقتصادي من العوامل التي يمكن أن تسهم في تدني القدرة العقلية لدى الطفل، وان تحسين الوضع الثقافي والاجتماعي والاقتصادي للطفل انما يزيد من احتمال زيادة قدرته العقلية. إلا أن هذه الزيادة أو النقصان قد لا تكون إلى الحد الذي يمكن معه الحرمان الثقافي والاجتماعي والاقتصادي أن يغير حالة طفل متفوق الذكاء إلى طفل متأخر، وان إغناء البيئة ثقافياً واجتماعياً يمكن أن يغير حالة طفل معاق إلى طفل متفوق الذكاء.

ويعيدنا هذا الحديث إلى السؤال التقليدي الذي يدور حول أثر كل من الوراثة والبيئة على الإعاقة العقلية أو على النمو العقلي بشكل عام؟

والواقع أن الإجابة عن هذا السؤال يمكن أن نستخلصها من المعادلة التي وضعها دوبزانسكي Dobzhansky والتي يبين فيها أن كل طفل يولد وهو يحمل معه مدى من القدرة الممكنة أو الإمكانية الجينية ( Range of Potential ability or Genotypic potential) وأن النقطة التي يصل إليها الطفل في نموه انما تقع في مكان ما بين طرفي هذا المدى، وان هذا ما تقرره البيئة ، وهذا يعني أن طفلاً ما قد يرث مدى أوسع من القدرة من طفل آخر، وان طفلاً قد يرث قدرة أعلى من آخر مع وجود منطقة من التداخل Overlap بين مدى الاثنين.

فمثلاً يمكن أن يرث الطفل مدى من القدرة العقلية تتراوح بين 50 ـ 80 إلا أن النقطة التي يمكن أن يصل إليها الطفل بين هذين الحدين إنما تعتمد على البيئة التي يعيش فيها. فإذا عاش في بيئة محرومة ثقافياً واجتماعياً واقتصادياً فإنه قد يبقى في الحدود الدنيا من هذا المدى، وأما إذا عاش في بيئة غنية فإنه قد ينمو إلى أن يصل إلى الحدود العليا من هذا المدى.

إن مفهوم وراثة المدى من القدرة، ودور كل من الوراثة والبيئة في نمو القدرة العقلية، انما يقدم أساساً للتأكيد على أنه لا يمكن القول إن الوراثة أهم من البيئة أو إن البيئة أهم من الوراثة في نمو القدرة العقلية، وإن ما يجب أن نعيه هو أن نسعى إلى إغناء بيئة الطفل بشكل يساعد على نموه ضمن مدى أمكانياته الموروثة، بحيث نفتح له باب الوصول إلى أقصى درجات النمو وتحقيق الإمكانية التي تحددها الوراثة في إطار البيئة المستجيبة .

# الفصل الثالث
# تصنيف الإعاقة العقلية

يختلف المعاقون عقليا في مستوى قدراتهم العقلية والسلوكية، ونضجهم الاجتماعي ووضعهم الجسمي، كما يختلفون من حيث الأسباب التي أدت إلى العوق العقلي. إنهم يختلفون في قدراتهم على التعلم والتدريب كما يختلفون في قدرتهم على التكيف الاجتماعي والتحكم بعواطفهم وانفعالاتهم. هذا الاختلاف والتباين في الاعاقة عقلية يدعو إلى ضرورة القيام بمحاولة لتصنيفها الى فئات مختلفة من حيث القدرة على التعلم والتدريب والاستفادة من البرامج الاجتماعية والنفسية والتربوية والعلاجية التي تقدم لهم. وتأتي ضرورة مثل هذا التصنيف من حيث إنه يساعد العاملين في مجال خدمة المعاقين في التخطيط لهذه البرامج والخدمات بحيث تقدم الخدمات المناسبة لكل فئة بشكل يتناسب مع القدرات التي يتمتع بها أفراد هذه الفئات المتباينة، وهذا يعني أن البرامج والخدمات التي يمكن أن نقدمها إلى فئة الإعاقة العقلية البسيطة قد لا تصلح بنفس الدرجة إلى فئة الإعاقة العقلية المتوسطة أو الشديدة وإن كانت بعض هذه البرامج صالحة ايضاً لهاتين الفئتين.

ونقطة أخرى يجب التنبه لها في هذا المجال، وهي أن تصنيف فرد ما في فئة ما أو في مستوى ما من مستويات الإعاقة العقلية لا يعني بالضرورة أنه يقع في مستوى هذه الفئة بشكل قاطع، فقد يكون قادراً على أداء بعض المهارات بمستوى يزيد على الفئة التي صنف فيها. وقد يكون قادراً على أداء بعض المهارات التي قد تكون أدنى من ذلك المستوى.

وبسبب هذا الاختلاف في قدرات وإمكانيات الفرد الذاتية، فإنه يجب أن لا ينظر إلى تصنيف الفرد في فئة ما على أنه نهائي، وانما يجب أن ينظر إلى الفرد على أنه يملك درجات مختلفة من القدرة في المجالات المختلفة يمكن ان تتغير وتنمو كلما كبر ونضج وقدمت له الخدمات التربوية والتدريبية والعلاجية.

أما تصنيف الإعاقة العقلية في فئات مختلفة فإنه يحتاج إلى معيار، وقد اختلف علماء النفس وعلماء الاجتماع والتربية والطب في تصنيفاتهم للإعاقة العقلية بسبب اختلافهم في المعيار الذي اتخذته كل مجموعة منهم أساساً للتصنيف، وسنعرض هنا بعض التصنيفات التي تعتبر أكثر شيوعاً وتمثل وجهات نظر علماء الطب والتربية وعلم النفس العام وعلم النفس الارشادي وعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية.

## تصنيف الإعاقة العقلية حسب الأسباب:

يميل الأطباء وعلماء البيولوجيا إلى تصنيف حالات الإعاقة العقلية على أساس العوامل المسببة للاعاقة العقلية على اعتبار أنها نتيجة لاضطرابات مرضية بيولوجية إلا أن هذا التصنيف القائم على أساس مصدر العلة يبقى عاجزاً عن تصنيف المعاقين عقلياً على أساس مستوياتهم في القدرة على التعلم والتدريب والتكيف الاجتماعي.... الخ.

فالتجانس الوحيد بين أفراد الفئة الواحدة على أساس هذا التصنيف هو تجانس في مصدر العلة فقط، وبالتالي فقد نجد في فئة واحدة مستويات مختلفة من القدرة، ونجد في فئة ما من يستطيع الاستفادة من فرص التربية الخاصة إلى درجة قد يصل معها إلى إنهاء المرحلة الابتدائية مثلاً في حين أننا قد نجد في نفس الفئة من هم غير قادرين على الاستفادة مطلقاً من هذه الفرص التربوية، وكذلك فقد نجد من هم قادرون على تدبير شؤون حياتهم الخاصة والتكيف الاجتماعي والعاطفي، في حين نجد من يعجزون عن ذلك في نفس الفئة، وكذلك فإن هذا التصنيف لا يأخذ مظاهر القدرة والتكيف والسلوك أساساً بل يعتمد اعتماداً كلياً على أساس مصدر العلة، ومن بين التصنيفات المعتمدة على أساس مصدر العلة ما يلي:

### أولاً: تصنيف تريد جولد (Tredgold)

يصنف تريد جولد (Tredgold, 1961) الإعاقة العقلية على أساس أسبابه إلى الفئات التالية:

1- إعاقة عقلية أولية (Primary amentia): وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تعود أسبابها إلى العوامل الوراثية.

2- إعاقة عقلية ثانية (Secondary amentia): وتشمل هذه الفئة تلك الحالات من الإعاقة العقلية التي تعود أسبابها إلى عوامل البيئة كالمرض والاصابات والتشوهات الخلقية التي تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة.

3- إعاقة عقلية مختلطة (وراثي بيئي) (Mixed amenti): وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تشترك فيها العوامل أو المسببات الوراثية والبيئية معاً.

4- إعاقة عقلية غير محددة الأسباب: وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من المعاقين عقلياً وخاصة مستوى الإعاقة العقلية البسيطة وهي حالات يصعب فيها تحديد أسباب أو عوامل معينة أدت إلى الإعاقة.

## ثانياً: تصنيف ستراوس (Strauss)

يقسم ستراوس المعاقين عقلياً إلى فئتين هما:

1- النمط الداخلي (Endogenous Typology): وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية ذات الجانب الوراثي ويلاحظ فيها نقص ذكاء أحد الوالدين أو كليهما أو أحد الأخوة أو بعضهم.ولا يتضح في هذه الحالات أي سبب عضوي أو تكويني.

2- النمط الخارجي (Exogenous Typology): وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن عوامل خارجية قد تحدث قبل أو أثناء الولادة. فقد تكون الإعاقة العقلية هنا ناتجة عن اصابة أحدثت تلفاً في الدماغ قبل أو أثناء أو بعد الولادة وتتصف هذه الحالات باضطراب التفكير وعدم الاتزان الانفعالي، كما قد يصاحبها ظهور بعض العيوب في الجهازين الحركي والعصبي للطفل.

## التصنيف على أساس الأنماط الاكلينيكية (Clinical Classification):

يمكن اعتبار هذا التصنيف نوعاً آخر من أنواع التصنيف المعتمدة على مصدر العلة إلا أن ما يميز هذه الفئات أو الأنماط هو ما تتصف به من تجانس في مظهرها الجسمي الخارجي من خصائص يطلق عليها الانماط الاكلينيكية. ويعتمد هذا

التصنيف على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسيولوجية المميزة لكل فئة، بالإضافة إلى وجود الضعف العقلي Feeble-mindedness، ويصعب حصر هذه الأنماط جميعها في هذا المقام. ولعل أهمها وأكثرها شيوعاً:

### أولاً: متلازمة داون Down syndrome

تتميز هذه الفئة بخصائص جسمية واضحة تشبه في مظهرها الخارجي وخاصة من حيث ملامح الوجه، ملامح الجنس المنغولي، ومن هنا جاءت التسمية. ويشبه أفراد هذه الفئة بعضهم بعضاً بشكل واضح كما لو أنهم جميعاً ينتمون إلى أسرة واحدة في حين أنه لا يوجد شبه بينهم وبين أفراد أسرهم الأسوياء. معظم أفراد هذه الفئة تكون نسبة الذكاء عندهم بين 25 ـ 50 درجة فقط في حين أن نسبة قليلة منهم تتراوح نسبة ذكاءهم بين 50 ـ 70.

من أهم الخصائص المميزة لافراد متلازمة داون محيط الرأس أقل من العادي وقلة الشعر وجفافه وخلوه من التجاعيد، العينان منحرفتان إلى أعلى وتميلان الى الضيق والأنف عريض قصير أفطس واللسان كبير خشن، أما القامة والأطراف فقصيرة، والكفان عريضتان سميكتان والأصابع قصيرة، وكذلك يلاحظ صغر حجم الأعضاء التناسلية بالاضافة إلى تأخر في الكلام والنمو الحركي، وفيما يتعلق بالخصائص الانفعالية للمنغوليين فإنهم يتصفون باللطف والمرح وحب التقليد والتعاون والابتسام (Hallahan & Kauffman, 2006).

### ثانياً: القماءة أو القصاع Cretinism

وهي حالة تنتج في الغالب عن انعدام أو قلة افراز الغدة الدرقية مما يسبب تلفاً في الدماغ، وتتميز هذه الفئة بقصر القامة وقد لا يزيد طول الفرد على 90 سم مهما بلغ من العمر، أما نسبة الذكاء فقد لا تزيد عن 50 درجة في حدودها العليا، ومن خصائص هذه الحالة التأخر في النمو وخشونة الشعر وغلظ الشفتين وتضخم اللسان وقصر الرقبة وسماكتها، وقصر الأطراف والأصابع وسماكتها وخشونة الصوت وبطء الحركة، أما أسنان المصاب بالقصاع فإنها لا تنمو نمواً كاملاً وغالباً ما تسقط في

سن مبكرة. ولا يصل المصاب بالقصاع في الغالب إلى النضج الجنسي، كما أن عمر المصاب يكون قصيراً.

### ثالثاً: استسقاء الدماغ Hydrocephaly

تتميز هذه الحالة بشكل خاص بكبر أو تضخم الرأس وبروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخي الشوكي بشكل غير عادي، ويسبب ضغط هذا السائل على الدماغ تلفاً فيه وتضخماً في الجمجمة، ويتراوح محيط الجمجمة في هذه الحالة بين 55 ـ75 سم، ويتوقف مدى الإعاقة العقلية في هذه الحالات على مقدار التلف الحاصل في أنسجة المخ نتيجة ضغط السائل، وترافق هذه الحالة خصائص معينة يبدو فيها رأس المصاب على شكل حبة اجاص (الكمثرى) المقلوبة وجلد الرأس مشدوداً، كما ترافقها اضطرابات في الحاسة البصرية والسمعية والنمو والتوافق الحركي بالإضافة إلى نوبات الصرع التي تظهر عند المريض، ويغلب في أسباب هذه الحالة أن تكون نتيجة العدوى أثناء الحمل مثل الزهري والالتهاب السحائي أو عوامل وراثية.

أما تشخيص هذه الحالة فيمكن أن يتم مبكراً عن طريق قياس محيط الراس وملاحظة يافوخه (وهو البقعة الرخوة منه). وأما العلاج فيمكن أن يتم عن طريق الجراحة التي تقصد الى تصحيح دورة السائل المخي الشوكي وتخفيف الضغط عن المخ.

### رابعاً: حالات صغر الدماغ Microcephaly

وتتميز هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة وصغر حجم المخ، ويتخذ الرأس فيها الشكل المخروطي، ويبدو جلد الرأس مجعداً، كما تتصف هذه الحالة بضعف في النمو اللغوي وعدم وضوح الكلام وتصاحبها حالات تشنج ونوبات صرع مع زيادة في النشاط الحركي.

وأما أسباب هذه الحالة فترجع إلى إصابات الجنين في الشهور الأولى نتيجة العدوى والالتهابات السحائية أثناء الحمل أو تعرض الأم الحامل إلى الأشعة والصدمات الكهربائية كما أن التحام عظام الجمجمة مبكراً قد لا يسمح للمخ بأن ينمو نمواً

طبيعياً فيسبب الإعاقة العقلية، هذا بالإضافة إلى احتمال وراثة هذه الحالة نتيجة وجود جين متنح.

**خامساً: كبر الدماغ Macrocephally**

وتتميز هذه الحالة بكبر محيط الجمجمة وكبر حجم الدماغ وخاصة في حجم المادة البيضاء والخلايات الضامة في المخ. أما مستوى ذكاء الذين يعانون من هذه الحالة فلا يتعدى 25 ـ 50 درجة.

تتميز هذه الحالة بالإضافة إلى كبر حجم الجمجمة خاصة فوق الحاجبين والاذنين باضطراب في البصر وحدوث التشنجات، أما مدى الضعف العقلي في هذه الحالة فيتوقف على مدى التلف الذي يصيب المخ، وأسباب هذه الحالة ليست معروفة تماماً، وإنما يرجع فيها أن تكون نتيجة عيوب في المخ تنتقل عن طريق الوراثة.

**سادساً: حالات العامل الريزيسي (R. H. Factor)**

وترتبط هذه الحالات باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الريزيسي وقد تحدثنا عن هذه الحالة بشيء من التفصيل في الحديث عن أسباب الاعاقة.

**سابعاً: حالات البول الفينيكلتيوني Phenylketonuria (PKU)**

وهي حالات نادرة جداً تكون نتيجة وجود الفينيلكتيون في الدم، ولا تتعدى نسبة ذكاء الذين يعانون من هذه الحالة عن 50 درجة في حين أنها تكون غالباً أقل من 25 درجة، وقد تحدثنا أيضاً عن هذه الحالات في الحديث عن أسباب الاعاقة.

**ثامناً: العته العائلي المظلم Amaurotic Familial Idiocy**

وهي حالة ضعف عقلي نتيجة مرض في الجهاز العصبي يؤدي إلى الحالة بعد نمو سوي خلال العام الأول من عمر الطفل. وهذه الحالة وراثية وتتعدد في الأسرة الواحدة وفيها تتأثر الخلايا العصبية فتنتفخ وتتورم وتمتلىء بالدهن مما يؤدي إلى العمى والضعف العقلي حتى تصل إلى الإعاقة العقلية الشديدة (تقل نسبة الذكاء عن 25

درجة)، وقد يصاحب هذه الحالة الشلل والنوبات التشنجية وفقدان الضبط الانفعالي وغالباً ما تنتهي بالموت.

## التصنيف السيكومتري:

يستند هذا التصنيف إلى درجة الذكاء حيث ينظر علماء النفس إلى القدرة العقلية (الذكاء) على أنها قدرة تتوزع بين الناس توزيعاً عادلاً يمثله منحنى التوزيع الطبيعي للصفات البشرية والمعروف بمنحنى غاوس (Gouss). وعلى هذا الأساس يقسم علماء النفس نسبة الذكاء إلى فئات على أساس الانحراف المعياري عن المتوسط الحسابي لنسبة أفراد المجتمع. ويتفق معظم علماء النفس ومن بينهم وكسلر على أن الإعاقة العقلية تبدأ من نسبة ذكاء **70** درجة التي تقل عن المتوسط بدرجتين معياريتين.

وهناك بالطبع فروق بين أفراد تلك الفئة في نسبة ذكائهم، ولهذا السبب فقد حاول علماء النفس تصنيفهم على هذا الأساس إلى ثلاث فئات حسب نسبة الذكاء كما تقيسها اختبارات الذكاء، وهذه الفئات هي:

### أولاً: الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Retardation)

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (**55** ـ **70**) درجة كما يتراوح العمر العقلي لأفرادها في حده الأقصى بين **7** ـ **10** سنوات، ويتميز أفراد هذه الفئة من الناحية العقلية بعدم القدرة على متابعة الدراسة في الفصول العادية، مع العلم بأنهم قادرون على التعلم ببطء وخاصة إذا وضعوا في مدارس خاصة أو فصول خاصة في المدارس العادية، أو قدمت لهم الرعاية الخاصة الفردية في الصفوف العادية، ويمكن لهذه الفئة أيضاً ان تتعلم القراءة والكتابة والحساب، ولا يتجاوز أفراد هذه الفئة في الغالب المرحلة الابتدائية على تكرر الاخفاق أثناءها. أما من الناحية الاجتماعية فيتمتع أفراد هذه الفئة بدرجة معقولة من التوافق الاجتماعي بحيث يتمكن الواحد منهم ان يكيف حياته من الناحية الاقتصادية ويكسب عيشه من خلال تعلم حرفة ما. وتمثل هذه الفئة حوالي **70**٪ من مجموع المعاقين عقلياً.

**ثانياً: الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Retardation)**

تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة ما بين (40 ــ 54) درجة، كما يتراوح عمرهم العقلي بين 3 ـ 7 سنوات في حده الأقصى، ويتميز أفرادها من الناحية العقلية بأنهم غير قادرين للتعلم، في حين أنهم قابلون للتدريب على بعض المهارات التي تساعدهم في المحافظة على حياتهم ضد الاخطار حيث يمكن تدريبهم على قطع الشارع بسلام أو تفادي حريق وغير ذلك من الأخطار. أما من الناحية الاجتماعية فإنهم لا يستطيعون التوافق الاجتماعي ولا يتحملون المسؤولية، وأما نسبتهم فلا تزيد على 22٪ من مجموع المعاقين عقلياً.

**ثالثاً: الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Retardation)**

تقل نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة عن 39 ـ 25، درجة ولا يزيد العمر العقلي لهم على أكثر من ثلاث سنوات، ويتصف أفرادها من الناحية العقلية بعدم القدرة على التعلم والتدريب، فلغتهم في الغالب مشوهة، ويكون التفكير في ادنى مستوياته، ويبدو لغير المتخصصين ان التفكير لديهم يكاد يكون معدوم، أما من الناحية الاجتماعية فإنهم لا يتحملون المسؤولية كما أنهم غير قادرين على التكيف اجتماعياً.

أما نسبة هذه الفئة بين المعاقين عقلياً فهي قليلة جداً لا تزيد على 5٪. وتكون قابلية هؤلاء للإصابة بأمراض شديدة في الغالب عالية جداً، ولهذا السبب فهم لا يعمرون طويلاً، وإذا عاشوا فغالباً ما نجدهم في مؤسسات خاصة.

**رابعاً: الإعاقة العقلية الشديدة جداً (Profound Retardation)**

و العمر العقلي لهم يكون في حدود العامين ، ويقل ذكاؤهم عن (25) درجة، أما نسبة هذه الفئة بين المعاقين عقلياً فهي قليلة جداً لا تزيد على 3٪، ويحتاج أفراد هذه الفئة في الغالب إلى رعاية كاملة وإشراف مستمر لأنهم لا يستطيعون حماية أنفسهم من أي خطر، كما أنهم لا يستطيعون إعالة أنفسهم.

لقد وجهت انتقادات متعددة لهذا التصنيف المعتمد على نسبة الذكاء على اعتبار أنه لا يعطى جديداً ولا يضيف معرفة جديدة عن الطفل الذي يقع في فئة ما، ذلك لأن

نسبة الذكاء ليست العامل الأساسي الذي يحدد سلوك الفرد وأداءه في الحياة العامة، وليست هي المسؤولة الوحيدة عن تحصيله أو تكيفه الاجتماعي، فهي تعكس جانباً واحداً فقط من جوانب شخصيته يتمثل في القدرة العقلية العامة. وعلى الرغم من وجود اختلاف في درجة الأداء العقلي أو السلوك الاجتماعي بين هذه الفئات الأربع، إلا أنه يجب التأكيد أيضاً على أن هناك فروقاً واسعة بين أفراد الفئة الواحدة، تماماً كما هو الحال بالنسبة للأفراد العاديين حيث يتوافر عدد كبير من المتغيرات التي تؤثر على الأفراد نفسياً وجسمياً.

## التصنيف النفس اجتماعي Psycho-Social:

يعتمد هذا التصنيف السلوك التكيفي القائم على أساس عوامل النضج والتعلم والتكيف الاجتماعي بالاضافة إلى اعتماده على نسبة الذكاء التي اعتمدت في التصنيف السابق أساس في تصنيف الإعاقة العقلية.

أما الأسباب التي تبرر اعتبار السلوك التكيفي أساساً مهماً في تحديد الإعاقة العقلية بالإضافة إلى نسبة الذكاء فهي ما يلي:

1- عدم وجود اتفاق عام على تعريف الذكاء من جهة ومفهوم الذكاء من جهة أخرى.
2- عدم وجود اتفاق عام على تحديد العوامل التي تقيسها اختبارات الذكاء.
3- وجود كثير من العوامل التي تظهر تبايناً في درجات الأفراد على أي اختبار من اختبارات الذكاء وهذا ما يسمى بخطأ القياس.
4- إن اختبارات الذكاء تقيس معدل مستوى القدرات فقط وقد تعجز عن قياس جوانب النمو الاجتماعي والعاطفي مثلاً.
5- عدم وجود اتفاق بين علماء النفس على درجة نسبة الذكاء التي يبدأ عندها الضعف.
6- إمكانيات وجود الخطأ في تفسير نتائج اختبارات الذكاء للفرد المعاق، خاصة عندما يحصل الفرد على درجات مرتفعة على بعض المقاييس ودرجة أخرى

منخفضة على مقاييس أخرى. وبالتالي فإن معدل درجات الفرد على أجزاء الاختبار الواحد لا يساعد على فهم التباين في قدراته العقلية ولذلك فإن تقييم المستوى العقلي الوظيفي للفرد يحتاج إلى النظر في نسبة الذكاء والتكيف الاجتماعي معاً. يمثل هذا الاتجاه الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية (The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD)، حيث واكب هذا التغير تعديلاً لمصطلح الإعاقة العقلية ليصبح الإعاقة التطورية والفكرية (Intellectual Disability).

## أولاً: الإعاقة العقلية البسيطة (Mild)

وهي الفئة التي تقابل الفئة الاولى في التصنيف السابق مع اختلاف بسيط في تحديد نسبة الذكاء، حيث تعتبر في هذا التصنيف بين 55 ـ 69 درجة. ويعتبر أفراد هذه الفئة قابلين للتعلم والاستفادة من البرامج التربوية مع العلم بأنهم بطيئو التقدم، كما أن لديهم إمكانية الاستقلال اجتماعياً واقتصادياً في المستقبل، وهم بحاجة إلى برامج تربوية مباشرة لمساعدتهم على التكيف وتقبل الانماط الاجتماعية والأهداف المهنية الحقيقية كما أنهم يحتاجون إلى التوجيه في اختيار الأعمال المناسبة لهم.

## ثانياً: الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate)

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين 40 ـ 54 درجة ويعاني أفرادها من التأخر في النمو العام، على أنه يمكن اعتبار معظمهم قابلين للتدريب إذ يمكن تدريبهم للعناية بأنفسهم، إلا أنهم مع ذلك يبقون بحاجة إلى الإشراف الذي يمكن أن يستفيدوا منه في تعلم بعض المهارات الحياتية العامة كالأعمال المنزلية ويمكن إعداد بعضهم للقيام بأعمال بسيطة. وقد يحتاج بعضهم إلى أن يوضعوا في مراكز خاصة.

## ثالثاً: الإعاقة العقلية الشديدة (Severe)

تتروح نسبة ذكاء هذه الفئة بين 25 ـ 39 درجة، أما قدراتهم على تعلم اللغة والقدرات الحركية وتعلم الكلام فمحدودة جداً، إلا أن بعضهم يستطيع تعلم مهارات

معينة وتنمية بعض الإمكانيات التي تمكنهم من العناية بأنفسهم إلى حد ما، وقد يحتاج بعضهم إلى إيداع في مراكز الرعاية الداخلية، بينما يستطيع العديد منهم الاستمرار في حياة المنزل وفي جو الأسرة.

### رابعاً: الإعاقة العقلية الشديدة جداً (Profound)

تقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن **25** درجة، كما يعاني أفرادها من ضعف رئيسي في النمو الجسمي وفي قدراتهم الحسية والحركية وغالباً ما يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين سواء في المنزل أو في مراكز الرعاية الخاصة. أما إذا تمكن بعضهم من تعلم بعض المهارات الأساسية فإنها تكون في العادة في حدها الأدنى مع نمو بسيط في القدرة اللفظية. إنهم مع ذلك يبقون في حاجة إلى الرعاية المستمرة.

## التصنيف التربوي:

يصنف التربويون المعاقين عقلياً إلى فئات اعتماداً على قدراتهم على التعلم. ويستند إلى ما يمكن أن نطلق عليه مبدأ الصلاحية أو الكفاية التربوية، ويبدو ذلك واضحاً في تقسيم الفئات التي يتضمنها هذا التصنيف، ووفقاً لهذا التصنيف يمكن تصنيف المعاقين عقلياً إلى الفئات الثلاث الرئيسية التالية:

### أولاً: القابلون للتعلم (Educable Mentally Retarded)

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين **50 ـ 55** إلى **75 ـ 79** درجة، ولا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية في المدرسة العادية بشكل يوازي الطلبة الأسوياء. إلا أنهم تبقى لديهم إمكانية النمو في ثلاثة مجالات، إذا قدمت لهم فرص التربية الخاصة عن طريق العناية الفردية في المدرسة العادية أو عن طريق فتح صفوف خاصة لهم أو مدارس خاصة، أما تلك المجالات فهي:

1- حد أدنى من القدرة على التعلم في المواضيع الاكاديمية في المدرسة.
2- القدرة على التكيف الاجتماعي إلى حد يكون فيه الفرد معتمداً على نفسه.
3- حد أدنى من الكفاءة المهنية يستطيع معه متابعة مهنة ما في مرحلة النضج.

إن بعض الباحثين لا ينظر للأطفال القابلين للتعلم بانهم معاقون عقلياً خلال مرحلة الطفولة المبكرة إلا ان هذا الإعاقة العقلية تظهر بشكل يمكن ملاحظته في النشاطات العقلية خلال مرحلة ما قبل المدرسة، ويكون نمو الطفل في معظم الأحيان طبيعياً إلى أن يظهر اخفاقه في مسايرة العملية التعليمية في المدرسة مقارنة مع نظرائه، ويتم التركيز في هذه الفئة على البرامج التربوية الفردية. حيث إنهم لا يستطيعون الاستفادة من البرامج التربوية في المدارس العادية بشكل يماثل الطلبة الأسوياء، ويتضمن محتوى مناهج الأطفال القابلين للتعلم المهارات الاستقلالية، والحركية، واللغوية، والأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب، والمهارات المهنية، والاجتماعية.

**ثانياً: القابلون للتدريب (Trainable Mentally Retarded)**

تظهر الإعاقة العقلية لدى أفراد هذه الفئة في مراحل مبكرة جداً قد تبدأ في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة يرافقه تأخره في القدرة على الكلام والمشي بالإضافة إلى بعض العيوب في الاعضاء الجنسية، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين 30 ـ 50 إلى 35 ـ 55 درجة، وهم غير قادرين على التعلم في مجال التحصيل الأكاديمي، إلا انهم قابلون للتدريب في المجالات التالية:

1- تعلم المهارات اللازمة للاعتماد على النفس.
2- التكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة والجيرة.
3- تقديم بعض المساعدة في نطاق الأسرة والمدرسة والعمل، ولذا فإن برنامجهم التعليمي يهدف أساساً للتدريب على المهارات الاستقلالية كالعناية بالنفس، إضافة إلى مهارات التأهيل المهني.

**ثالثاً: الاعتماديون (The Totally Dependent)**

وهي حالات الاعاقة العقلية الشديدة وهي أكثر مستوياتها تدنياً وتدهوراً، وهم غير قادرين حتى في العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار، ويطلق عليهم غير قابلين للتدريب Untrainable وتقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن 25 ـ 30 درجة ويعتبر الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب، لذا يعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم

طوال حياتهم ويحتاجون رعاية متخصصة في النواحي الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية إما داخل مؤسسات خاصة أو في مراكز علاجية أو في محيط أسرهم.

بالإضافة إلى التصنيفات الخمسة السابقة التي ذكرت بالتفصيل فقد اشار كيرك (Kirk, 1972) إلى عدد من التصنيفات الأخرى نذكرها هنا بإيجاز:

**1- تصنيف الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال المعاقين ( The National Association for Retarded Children):**

يعتمد التكيف الاجتماعي أساساً للتصنيف وهو يضع المعاقين في الفئات التالية:

أ- الاعتمادي الحدي (الهامشي) **Marginally Dependent**: ونسبة الذكاء فيها بين 50 ـ 75 درجة.

ب- الاعتيادي الجزئي **Semi-Dependent**: ونسبة الذكاء فيها بين 25 ـ 50 درجة.

ج- الاعتمادي **Dependent**: نسبة الذكاء فيها تقل عن 25 درجة.

**2- تصنيف منظمة الصحة العالمية (The World Health Organization):**

وتصنف الإعاقة العقلية على النحو التالي:

أ- الإعاقة العقلية البسيط **Mild Sub normality**: وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين 50 ـ 60 درجة.

ب- الإعاقة العقلية المتوسط **Moderate Sub normality**: وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين 20 ـ 49 درجة.

ج- الإعاقة العقلية الشديد **Severe Sub normality**: وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين 0 ـ 19 درجة.

**3- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي ( The American Medical Association):**

وتصنف الإعاقة العقلية على النحو التالي:

أ- الضعف العقلي البسيط Mild Mental Deficiency: وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين 70 ـ 85 درجة.

ب- الضعف العقلي المتوسط Moderate Mental Deficiency: وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين 50 ـ 70 درجة.

ج- الضعف العقلي الشديد Severe Mental Deficiency: وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين صفر ـ50 درجة.

# الفصل الرابع
# الخصائص والتشخيص

يترتب على الإعاقة العقلية مجموعة من الخصائص الجسمية والسلوكية والانفعالية والعقلية والتربوية والاجتماعية، وتؤثر هذه الخصائص على الشخص المعاق من حيث قدراته على التعلم والتعامل مع الآخرين، وكذلك على المحيطين به كالأسرة التي تواجه صعوبات عديدة في التعامل معه مما يرهق أفرادها، وكذلك أفراد المجتمع الذين يحتاجون لفهم كيفية التعامل مع الشخص المعاق عقلياً وبالتالي فهم خصائصه بشكل جيد، والوقوف على نواحي التشخيص، وفيما يلي توضيح لهذه الخصائص:

## الخصائص والصفات العامة للمعاقين عقلياً:

إن محاولة التعرف على خصائص المعاقين عقلياً تقتضي ـ إذا أريد لها الدقة ـ العودة مرة أخرى إلى تصنيف الإعاقة العقلية والتعرف على الصفات والخصائص التي تتصف بها كل فئة من فئات الإعاقة العقلية عن الأخرى، لأن الخصائص و الصفات التي تظهر عند فئة ما قد لا توجد هي نفسها وبالدرجة ذاتها عند الفئة الأخرى، كما أن الخصائص التي يمكن ان تصف طفلاً مختلفاً في فئة معينة قد لا تكون هي نفسها التي تصف طفلاً عن آخر في الفئة ذاتها أيضاً. فالمعاقون عقليا ليسوا فئة متجانسة يمكن تحديد خصائص عامة تظهر لدى كل أفراد تلك الفئة، وانما ينطبق عليهم ما ينطبق على الأسوياء من حيث الفروق الفردية التي توجد بينهما فيما يتعلق بالجوانب العقلية والاجتماعية والعاطفية والجسمية أيضاً.

على الرغم من الاعتراف بصعوبة الحديث عن مظاهر عامة للإعاقة العقلية ستكون المحاولة هنا هي التعرف أولاً على الخصائص العامة للمعاقين عقلياً بشكل عام، مع الاعتراف بأن تلك الخصائص لا توجد كلها لدى حالة واحدة، وانما قد تنطبق أيضاً على أشد حالات الإعاقة العقلية وتخف حدتها في حالات الإعاقة العقلية البسيطة.

يتصف المعاقون عقليا بشكل عام بتأخرهم في النمو وقابليتهم للتعرض للاصابة بالأمراض ونقص القدرة على ضبط السلوك الاجتماعي، كما أنهم يتصفون بإخفاقهم جزئياً أو كلياً عن اعالة أنفسهم، و رغباتهم من المستوى الغريزي، فهم يسيرون حسب مبدأ اللذة بالدرجة الأولى. أما بالنسبة لمتوسط العمر، فهم يتصفون بقصر العمر مقارنة مع الأسوياء.

يمكن الحديث هنا عن خمس فئات من الخصائص العامة للمعاقين عقلياً هي:

## أولاً: الخصائص الجسمية

يتصف المعاقون عقلياً بتأخر النمو الجسمي وبطئه وصغر الحجم بشكل عام، كما أن وزنهم أقل من العادي ويصغر حجم الدماغ ويقل وزنه لدى المعاق عن المتوسط، كما تظهر أحياناً تشوهات في شكل الجمجمة والعينين والفم واللسان والأطراف والأصابع. أما بالنسبة للنمو الحركي فيظهر الأفرادُ المعاقون عقلياً صعوبات حركية وعدم دقة في التآزر الحركي البصري وعدم الاتزان الحركي في بعض الحالات، وكذلك في استخدام العضلات العامة والدقيقة كالمشي والركض والكتابة وتزداد الصعوبات الحركية مع زيادة حدة الإعاقة. وكذلك الأمر بالنسبة للنشاط الجنسي، حيث نجد تأخراً فيه وفي بعض الأحيان نجد ضموراً في الأعضاء التناسلية لدى الذين يعانون من الاعاقة العقلية، وتشير نتائج الأبحاث التي أجريت في هذا الميدان إلى وجود فروق بين القابلين للتعلم والعاديين من حيث مستوى نموهم الجسمي والحركي، فهم بصفة عامة أقل طولاً وزناً ومتأخرون عن العاديين في نموهم الحركي. و قد أوضحت دراسة سلون Sloan وجود فروق بين القابلين للتعلم وبين العاديين في المهارات الحركية المختلفة، غير أن هذه الفروق ليست كبيرة بحيث يمكن القول إن هؤلاء الأطفال يصلون في نموهم الجسمي والحركي إلى مستوى قريب من مستوى العاديين باستثناء الحالات التي يرجع فيها الإعاقة العقلية إلى إصابات في الجهاز العصبي المركزي حيث غالباً ما يصاحب الإعاقة العقلية اضطراب في المهارات الحركية.

## ثانياً: الخصائص العقلية

تتلخص الخصائص العقلية للمعاقين عقلياً بوجه عام في تأخر النمو العقلي وتدني نسبة الذكاء بحيث تقل عن 70 درجة، وكذلك الأمر فيما يتعلق بالعمليات العقلية الأخرى، مثل ضعف الذاكرة والانتباه والإدراك والتخيل والتفكير والقدرة على الفهم والمحاكمة، والقدرة على التركيز وتكون نتيجة ذلك ضعفاً في التحصيل و نقصاً في المعلومات والخبرة، كما أن معدل نموهم العقلي أقل من النمو العقلي للأطفال العاديين في هذه الفئة عن طريق الممارسة والخبرة المباشرة، كما يستطيع أن يستخدم عمليات التفكير والتمييز والتقييم في حدود مستواه العقلي المحدود. ومن أهم الخصائص العقلية لهذه الفئة ما يلي:

- الميل نحو تبسيط المفاهيم: حيث لا يستطيعون استخدام المجردات ويستخدمون المحسوسات في تفكيرهم، ويعرفون الأشياء على أساس الشكل أو الوظيفة.
- ضعف القدرة على التذكر والانتباه: إن قدرة الفرد المعاق عقلياً أقل وأضعف من قدرة الأفراد العاديين على تركيز الانتباه.
- و يعتبر ضعف الانتباه من أهم العوامل التي تكمن وراء الصعوبة في التعلم التي يواجهها أفراد هذه الفئة.

## ثالثاً: الخصائص الاجتماعية

يتصف المعاقون عقليا بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي لدرجة دعت بعض علماء النفس إلى اتخاذ القدرة على التكيف الاجتماعي أساساً في تصنيف المعاقين عقلياً إلى فئات وفق قدراتهم على هذا التكيف وبالطبع هناك تفاوت كبير بين هذه الفئات في القدرة على التكيف الاجتماعي، وبشكل عام فإننا نجد أيضاً ان المعاقين عقلياً يتصفون بنقص الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية، ، وكذلك نجد ان من الخصائص التي يتصف المعاقين عقلياً بها اضطراب مفهوم الذات حيث نجد أن المعاق عقليا كثيراً ما ينظر لنفسه بالدونية، وأنه أقل من غيره أو أنه لا قيمة له، وبالطبع فإن

هذا المفهوم المضطرب ينعكس إلى حد كبير جدا على سلوكه الاجتماعي بشكل خاص واهتمامه بنظافته الشخصية أيضاً، فنجده لا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية وخاصة مع أبناء عمره، ولهذا فإنه يميل إلى المشاركة مع من هم أصغر منه سناً في ممارسات اجتماعية.ومن الخصائص التي يتصفون بها عدم القدرة على إبداء ردود فعل وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير، والميل نحو مشاركة الأصغر سناً في نشاطاتهم، وعدم تقدير الذات ويظهر بعض المعاقين عقلياً مشكلات سلوكية وأنماط شخصية غير تكيفية، وانفعالات شديدة وغير مبررة.

## رابعاً: الخصائص اللغوية

التأخر في النمو اللغوي يساير إلى حد كبير التأخر في النموالعقلي، يواجه الأفراد المعاقون عقلياً صعوبات واضحة في التعلم اللغوي وبخاصة في التعبير اللفظي، وسبب ذلك هو ارتباط النمو اللغوي بالقدرات المعرفية وما تتطلبه اللغة من إدراك للمعاني والمفاهيم، وأشارت الدراسات إلى أن الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقلياً هو اختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله، كما يعاني معظم المعاقين عقلياً من مشكلات لغوية مختلفة كالإبدال وضعف التعبير وقلة المحصول اللغوي من المفردات والجُمل، وأكثر المشكلات اللغوية شيوعاً لدى المعوقين عقلياً هي مشكلات النطق والتأتأة، وقلة عدد المفردات اللغوي، وضعف بناء القواعد اللغوي، وتبقى شيوع مشكلات اللغة عند المعوقين عقلياً اكثر منها عند العاديين .وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة عامة بين 55 ـ 70 درجة، وعمرهم العقلي في أقصى حدوده يتراوح بين 7 ـ 11 سنة، بمعنى أن مستوى تحصيلهم يكون للصف الخامس ابتدائي، يتأخرون في الكلام لكنهم نادراً ما يعانون من البكم، ويشيع البكم بين الأطفال شديدي الإعاقة ويكون مستوى اللغة لدى هذه الفئة بدائياً فهم يصدرون أصواتاً وألفاظاً غير مفهومة وكلامهم يعوزه الوضوع والمعنى والترابط. وقد تبين بأن تأخر الكلام الناجم عن ضعف في القدرة العقلية يأخذ صوراً وأشكالاً متعددة، أي درجة من درجات الاعاقة العقلية تؤثر في تطور الكلام وفي القدرة على النطق والتعبير، فهو إما أن يكون على شكل إحداث

أصوات لا دلالة لها يستخدمها الطفل المتأخر عقلياً كوسيلة للتخاطب والتفاهم، وهو في هذه الحالة يكون أقرب للطفل الأصم، الأبكم، وإما أن يكون على شكل آخر حيث نجد الطفل وقد تقدمت به السن وتجاوز مرحلة استعمال اللغة جيداً، ولكنه ما يزال يستخدم الإشارات، والإيماءات، وحركات الوجه والجسم.

## خامساً: الخصائص العاطفية والانفعالية

يتصف المعاقون عقليا من الناحية العاطفية بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار والهدوء، كما يتميزون بسرعة التأثر أحياناً وبطء الانفعال أحياناً أخرى. أما ردود الفعل العاطفية والانفعالية عندهم فهي أقرب إلى المستوى البدائي، وهم أيضاً أقل قدرة على تحمل القلق والاحباط، كما يتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهذيبها بصفة عامة كما يتصفون بالانسحاب والعدوان.

## الخصائص والصفات الخاصة للمعاقين عقلياً ضمن الفئات المختلفة:

تظهر لدى كل فئة من فئات الإعاقة العقلية صفات وخصائص قد تختلف نوعاً وكماً عن صفات وخصائص الفئة الأخرى.فالقدرة العقلية والقدرة على التعلم، والقدرة على التكيف الاجتماعي ـ وإن كانت متدنية لدى جميع فئات الإعاقة العقلية بالمقارنة مع الأفراد الأسوياء الذين يتمتعون بذكاء فوق مستوى الضعف العقلي ـ لا توجد بنفس الدرجة لدى جميع فئات الإعاقة العقلية، إذ نجد أن بعض فئات الإعاقة العقلية قادرة على التعلم الاكاديمي إلى حد ما، في حين أن فئات اخرى لا تملك تلك القابلية، كما نجد أن بعض الفئات قادرة على انشاء علاقات اجتماعية مقبولة في حين أن فئات أخرى لا تملك تلك القدرة، أما من ناحية الخصائص التي تصف الفئات المختلفة فإن محاولة أخرى ستركز على وضع جدول لخصائص الإعاقة العقلية يعتمد على أساسين:

**الأساس الأول:** هو درجة الإعاقة العقلية، وذلك اعتماداً على تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية (AAIDD).

**الأساس الثاني:** هو تطور هذه الخصائص مع التقدم في العمر.

من حيث النمو الجسمي غالبا ما يمر الأطفال المعاقون بنفس المراحل التي يمر بها الأفراد غير المعاقين إلا أنهم يمرون بها غالبا ببطء كما أنهم يحتاجون عادة إلى وقت أطول فهم: يتأخرون في الزحف، وفي الوقوف وفي المشي وفي ضبط التبول والتبرز، كما أن مهارات التآزر والتناسق الحسي الحركي لديهم تكون اضعف مما هي عليه عند الأفراد العاديين. ومن ناحية أخرى فإن قدرة هؤلاء الأفراد على التعليم تتأثر بإعاقتهم حيث يكونون عادة أبطأ في التعليم والتحصيل المدرسي ويحتاجون إلى وقت وتكرار أطول في التعلم والتحصيل المدرسي ويحتاجون إلى وقت وتكرار أطول لتعلم نفس المهارات، وهم في العادة أكثر استيعاباً للمفاهيم والأفكار المجردة كما أن قدرتهم على التذكر تتأثر وخاصة الذاكرة قصيرة المدى وكذلك تتأثر قدرتهم على التصميم ونقل اثر التعليم من موقف إلى آخر، كما أنهم اقل قدرة على التعلم العفوي أو التلقائي مقارنة بغيرهم.

إضافة إلى ذلك فإن النمو اللغوي لدى الأفراد المعاقين عقليا يتأثر فهم غالبا ما يتأخرون في الكلام مقارنة بأقرانهم من غير المعاقين، وأخيراً فإن المعاقين عقليا هم بشكل عام اقل اعتمادا على أنفسهم في تدبير أمورهم الحياتية ويبقون بحاجة إلى نوع أو آخر من الإشراف على شؤونهم ، كما أنهم أكثر قابلية لانقياد من قبل آخرين.

وفيما يلي تلك الخصائص مرتبة في جدول حسب فئات الإعاقة العقلية والعمر الزمني:

جدول رقم (4)

الخصائص حسب فئات الإعاقة العقلية والعمر الزمني

| درجة الإعاقة العقلية | مرحلة ما قبل المدرسة من الولادة حتى سن الخامسة (النضج والنمو) | مرحلة المدرسة من سن 6 سنوات إلى 20 سنة (التدريب والتعليم) | من بداية سن الشباب 21 سنة فما فوق (الكفاءة الاجتماعية والمهنية) |
| --- | --- | --- | --- |
| الإعاقة العقلية البسيطة Mild | - يستطيع تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال<br>- تكون الإعاقة العقلية بسيطة في المهارات الحسية الحركية ويغلب أن لا يميز عن الأسوياء حتى سن متأخرة. | - يستطيع الاستمرار في التحصيل الاكاديمي في أواخر العقد الثاني.<br>- يمكن توجيهه نحو التوافق الاجتماعي.<br>- قابل للتعلم | - يستطيع اكتساب أدنى حد من المهارات الاجتماعية والمهنية التي يستطيع بها تدبير أمور نفسه.<br>- قد يحتاج إلى التوجيه والمساعدة عندما يواجه ضغوطاً اجتماعية واقتصادية قوية |

| | | | |
|---|---|---|---|
| الإعاقة العقلية المتوسطة Moderate | - يستطيع الكلام.<br>- يستطيع تعلم مهارة الاتصال.<br>- ضعف الوعي الاجتماعي.<br>- اعتدال النمو الحركي.<br>- يستفيد من التدريب في مساعدة نفسه.<br>- يستطيع تدبير أمور نفسه بإشراف متوسط | - يستطيع الاستفادة من التدريب في المهارات الاجتماعية والمهنية.<br>- لا يحتمل أن يصل إلى أكثر من مستوى الصف الثاني الابتدائي.<br>- يستطيع التنقل وحده في الأماكن المألوفة. | - يمكن أن يعيل نفسه عن طريق بعض الأعمال التي تتطلب مهارة جزئية أو لا تتطلب مهارة في ورش محمية.<br>- يحتاج إلى الإشراف والتوجيه عندما يكون تحت ضغوط اجتماعية واقتصادية بسيطة. |
| الإعاقةالعقلية الشديدة Severe | - ضعف في النمو الحركي.<br>- أدنى حد من القدرة على الكلام بشكل عام.<br>- لا يستطيع الاستفادة من التدريب ليعتمد على نفسه.<br>- مهارات الاتصال ضعيفة أو معدومة. | - يستطيع تعلم الكلام أو تعلم مهارة الاتصال.<br>- يمكن تدريبه على العادات الصحية البسيطة.<br>- يستفيد من التدريب المنظم على العادات. | - قد يشارك جزئياً بالاعتماد على نفسه تحت الإشراف الكامل.<br>- يستطيع تطوير مهارات لحماية نفسه بأدنى مستوى في بيئة مقيدة. |
| إعاقة عقلية شديدة جداً اعتمادي Profound | - أدنى حد من القدرة في مجال القدرة الحركية<br>- يحتاج إلى رعاية صحية مستمرة (Nursing Care) | - قد ينمي بعض المهارات الحركية.<br>- يمكن أن يستجيب إلى حد أدنى من التدريب على مساعدة نفسه | - قد ينمي بعض المهارات الحركية والقدرة على الكلام.<br>- قد يستطيع رعاية نفسه بشكل محدود جداً.<br>- يحتاج إلى رعاية صحية مباشرة. |

## تشخيص الإعاقة العقلية:

نتطرق أولاً الى الإجابة عن تساؤل العامة ألا وهو:

ما الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي؟

سؤال يطرحه العامة وتتباين الآراء فيما بينهم حول التعريف وقد ينتهون الى رأي بأنه لا فرق بينهما، وللتوضيح ينبغي ان نبين الاختلاف بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي، فهما ليس شيئا واحدا، فالإعاقة العقلية هي حالة مستمرة عند الفرد المعاق وليست مرضا محددا بفترة زمنية، إنها نقص في القدرة العقلية والسلوك التكيفي تحدث خلال فترة النمو وتلازم الفرد طول حياته، أما المرض العقلي فهو مرض قد يصيب الإنسان في أي مرحلة من العمر وليس بالضرورة أن يلازم المرء طوال حياته حيث يمكن الشفاء منه، وهذا المرض يأتي على شكل نوبات مرضية، وأثناء النوبة المرضية يقوم المريض عقليا بأفعال شاذة وغريبة مثل الهلوسة ويعاني من الأوهام ويفقد خلالها المريض صلته بالواقع ويمكن أن يكون المريض ذا طبيعة انتكاسية وبين النوبات المرضية قد يكون المريض عقليا طبيعيا ولا يعاني من شيء، ويحتاج المريض عقليا إلى علاج نفسي من أطباء نفسيين وغالبا عن طريق الأدوية، وفي كثير من الأحيان يحتاج المريض عقليا إلى دخول مستشفى للأمراض النفسية ويمكن إجمال الصفات الاساسية للمرض العقلي فيما يلي:

1- يعرف المرض العقلي على انه تغير في القدرات الوظيفية.
2- مرض مكتسب.
3- التغيرات التي تحدث ليست بالضرورة في القدرات الفكرية.
4- يؤدي المرض العقلي الى ضعف في القدرات النفسية.
5- التغيرات التي يؤديها المرض العقلي تكون في متلازمة من المتلازمات العقلية.

أما المعاق عقلياً فإنه لا يحتاج في العادة إلى علاج نفسي ولا إلى دخول مستشفى وانما في الأساس إلى خدمات تعليمية وتدريبية على مهارات ضرورية لتكيفه مع المجتمع.

إن سوء تكيف الشخص المريض عقليا مع العالم الخارجي سببه الانفصال عن الواقع وليس بسبب نقص في مستوى ذكائه، في حين إن سوء تكيف الشخص المعاق عقليا سببه تدني قدراته العقلية.

تعتبر عملية تشخيص الفرد المعاق عقليا عملية بالغة الأهمية، وذلك لأنها تقدم في النهاية صورة للفرد المعاق تشمل جوانب متعددة تتعلق بماضيه وحاضره ومستقبله إلى حد كبير، فإطلاق عبارة "إعاقة عقلية" على فرد ما، انما تنطوي على مجموعة من المفاهيم والمعاني التي تحدد مستقبله إلى حد كبير، وتحدد تعامله مع البيئة التي يعيش فيها، فنتيجة التشخيص التي يخرج بها المتخصص للقول بأن شخصا ما معاق عقلياً، بالإضافة إلى أنها تقدم معلومات عن أسباب إعاقته ومظاهر سلوكه ومستوى قدراته، فإنها قد تحدد دوره في الحياة ومكانته في البيئة الاجتماعية، والمستوى التربوي والمهني الذي يستطيع الوصول إليه، كما قد تحدد المكان المناسب لرعايته وتدريبه وقد تحدد أيضاً نوع الخدمات العلاجية والتأهيلية التي تناسب حالته.

## المرحلة التمهيدية في تشخيص الإعاقة العقلية:

إن الفرد المعاق عقلياً حالة في أشد الحاجة إلى التعامل معها بتفاهم وموضوعية وبفراسة اكلينيكية، حيث إن تقييمه وتشخيصه يحتاج من الأخصائي مجهودا كبيرا، إذ إن لكل حالة وضعها الخاص عند التعامل والتفاعل معها، ومن هذا المنطلق ينبغي على الأخصائي عند تقييم وتشخيص المعاقين عقلياً ان يعيش في اطار جملة من الاعتبارات على النحو التالي:

- دراسة حالة الفرد المعاق ظاهريا، بمعنى الانطباع المبدئي عن الحالة.
- الالتقاء مع اسرة المعاق والقائمين على رعايته المنزلية او المجتمعية.
- اختبار المقاييس المناسبة للحالة، بشرط ان يكون الاخصائي ملما بكيفية تطبيق هذه المقايييس وتصحيحها، واجادة التعليق عليها.
- توفير البيئة المستجيبة لإجراء المقاييس.

- ينبغي ان يتحلى الاخصائي بسمات شخصية متميزة، وان يشعر الفرد المعاق بالقبول والألفة.
- ينبغي ان يتحلى الاخصائي باستراتيجيات الدعم النفسي.
- ينبغي ان يتحلى الاخصائي باستراتيجيات التعلم والتعليم.
- ينبغي على الاخصائي ان يعايش الحالة النفسية والمزاجية والاجتماعية والمعرفية للفرد المعاق والقائمين على رعايته.

إذا عدنا مرة أخرى إلى تعريف الإعاقة العقلية بأنه "حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي تولد مع الطفل أو تحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو جينية أو بيئية يصعب مقاومتها ووضع العلاج المناسب لها، وأما آثار هذه الحالة من عدم اكتمال النمو العقلي فتتضح في مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم والتكيف مع البيئة بحيث ينخفض مستوى هذا الأداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين". نستطيع القول إن آثار الإعاقة العقلية تنعكس على مختلف مظاهر سلوك الفرد بدرجات متفاوتة فهي تنعكس على أداء الفرد في الجوانب العقلية والمعرفية والتحصيل، كما تنعكس في قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي ونموه الحركي واتزانه العاطفي وسمات شخصيته بوجه عام، فقد يظهر أثر الإعاقة العقلية لدى فرد ما على قدراته العقلية كالتفكير والإدراك والتذكر والانتباه والتركيز، أكثر مما يظهر في قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي أو مستوى نموه الحركي ونموه العاطفي، وقد يظهر أثر هذه الإعاقة العقلية في قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي والعمل أكثر مما يظهر في قدرته على التحصيل والتعلم بشكل عام.

ولهذا فإن تشخيص الإعاقة العقلية انما يحتاج إلى معيار أو محك يتخذ أساساً في تقرير الإعاقة العقلية ومستوى هذه الاعاقة، فهل يكون ذلك المحك نسبة الذكاء أم النضج الاجتماعي والتكيف الاجتماعي؟ أم يكون في القدرة على التعلم والاستفادة من التدريب؟ أم هو في تاريخ تطور نمو الطفل؟ أم أنه يكمن فعلاً في كل هذه الجوانب مجتمعة؟

يعتمد بعض الاختصاصيين العاملين مع المعاقين عقلياً محكات مختلفة في تشخيص الإعاقة العقلية وذلك حسب اختصاصاتهم ومفهومهم للإعاقة العقلية، فالاختصاصيون الاجتماعيون مثلاً يعتمدون القدرة على التكيف الاجتماعي.

بينما يعتمد بعض علماء النفس على تقدير نسبة الذكاء مقيسة باختبارات الذكاء، في حين يعتمد التربويون على قدرة الفرد على التعلم والاستفادة من التدريب، ويعتمد الأطباء على تطور نمو الفرد والعوامل والأسباب الفيسيولوجية التي أدت إلى تلك الحالة.

أما الاتجاه العام في تشخيص الإعاقة العقلية، فيعتمد على جميع هذه المحكات فيما يمكن أن يسمى التشخيص التكاملي، ويتم بواسطة فريق من الاخصائيين يشمل كلاً من الطبيب والاخصائي النفسي، والاخصائي الاجتماعي، والاخصائي التربوي، أخصائي التأهيل المهني.

## أولاً: التشخيص الطبي

يقوم بالتشخيص الطبي عادة طبيب أطفال أو فريق من الأطباء الاختصاصيين، حيث يتم الكشف هنا عن نواحي النمو الجسمي بشكل عام والتاريخ الصحي للفرد والأمراض والحوادث التي تعرض لها في طفولته، كما يشمل دراسة وضع الأم أثناء الحمل وظروف الولادة والتاريخ الأسري والنمو الحركي وفحص حواس الجهاز العصبي والغدد وغير ذلك من الفحوص الطبية التي قد تتطلب فحوصاً مخبرية للبول والدم والسائل النخاعي بشكل خاص.

## ثانياً: التشخيص السيكومتري

ويقوم بهذا الجانب اختصاصي القياس النفسي والاكلينكي، ويشمل ذلك تحديد نسبة ذكاء الفرد عن طريق استخدام اختبارات الذكاء المقننة بالاضافة إلى الكشف عن سمات الشخصية وجوانب النمو العاطفي (الانفعالي) والقدرة اللغوية، محاولاً التعرف على سمات الشخصية وأشكال السلوك الانفعالي والعاطفي التي تميز المعاقين عقلياً عن غيرهم من الأسوياء مستعيناً في ذلك باختبار الشخصية.

## ثالثاً: التشخيص الاجتماعي

يقوم بهذا الجانب الاختصاصي الاجتماعي وذلك انطلاقاً من أهمية الكفاءة الاجتماعية كمعيار في تحديد الإعاقة العقلية، ويقصد Tredgold بالكفاءة

الاجتماعية قدرة الفرد على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة الآخرين في علاقاتهم الاجتماعية.

ويشمل هذا التشخيص تاريخ نمو الفرد مع أسرته وبيئته المحلية والمجتمع بشكل عام، بالإضافة إلى دراسة مستوى علاقاته الاجتماعية وسلوكه الاجتماعي وقدرته على تحمل المسؤولية. وقد يستعين الاختصاصي الاجتماعي هنا ببعض الاختبارات التي تقيس النضج الاجتماعي أو التوافق الاجتماعي، ومن أمثلة هذه الاختبارات مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي.

يعتبر تليفورد وسوري (Telford and Sawrey) أن المعيار الاجتماعي يشكل نقطة بداية في تشخيص الإعاقة العقلية، وذلك على اعتبار أن الفرد الذي يظهر تكيفاً اجتماعياً واقتصادياً مناسباً بالمقارنة مع رفاقه، يصعب اعتباره معاقا عقليا بغض النظر عن انخفاض نسبة الذكاء أو حتى وجود نقص في النمو العصبي ووجود تلف في الدماغ.

### رابعاً: التشخيص التربوي

يتولى هذا الجانب من التشخيص اخصائي التربية الخاصة معتمداً في ذلك على أن الإعاقة العقلية تنعكس على قدرة الفرد على التعلم والتحصيل بشكل تقل معه قدرة المعاق على التعلم والتحصيل عن مستوى الأفراد الأسوياء. ولذلك فإن التشخيص التربوي ينطوي على وصف للتاريخ التربوي للفرد وقدرته على التعلم ومستوى تحصيله المدرسي وما يعاني منه من نقص في المعلومات، يضاف إلى ذلك أن اختصاصي التربية الخاصة يحدد نوع الخدمات التربوية التي يحتاج إليها المعاق والتي تتناسب مع درجة الإعاقة العقلية في حدود المعلومات التي يحصل عليها من الطبيب والاختصاصي النفسي والاجتماعي وغيرهم.

### خامساً: التشخيص المهني

ويرتبط بالجانب التربوي وذلك من حيث صلاحية الفرد المعاق وقابليته للاستفادة من بعض فرص التدريب المهني أو الحرفي التي يمكن ان يتقنها إلى حد ما وفقاً لقدراته

ومهاراته وإمكانياته المتوافرة، ويقوم بهذا الجانب اختصاصي التأهيل المهني (Vocational Rehabilitation Specialist).

## سادساً: التشخيص التطوري

ويقصد به هنا التشخيص الذي يقوم على أساس دراسة تاريخ نمو الفرد والتعرف على مظاهر التأخر في بعض جوانب النمو الجسمي والحركي واللغوي بشكل خاص، فبالإضافة إلى المؤشرات النفسية والتربوية والطبية والاجتماعية التي قد تدلل على وجود الإعاقة العقلية لدى فرد ما، فإن دراسة التاريخ التطوري لنموه انما يشكل معياراً آخر يزيد من صدق التشخيص القائم على المعايير السابقة، وذلك حين يثبت الانحراف في نمط النمو كأن يكون الفرد قد تأخر في المشي أو الكلام أو التدريب على النظافة أو الجلوس، فالتأخر في المشي والكلام والجلوس واستعمال أدوات الأكل والتوافق الحركي والوقوف مثلاً قد تشكل مؤشرات كافية لتشخيص الإعاقة العقلية في الحالات التي يكون فيها هذا التأخر واضحاً وخاصة عندما لا توجد لدى الفرد اضطرابات واضحة في الأجهزة الحركية والحسية كالشلل والعمى والصمم.

وعلى العكس من ذلك فإن التاريخ التطوري السوي مع غياب المرض والحوادث والاصابات يشكل معياراً كافياً لاستبعاد احتمال وجود الإعاقة العقلية لدى المفحوص (Telford and Sawrey).

وتجدر الإشارة في نهاية الحديث عن تشخيص الإعاقة العقلية إلى أن التشخيص بمعناه الواسع ليس وصفاً للحالة كما هي فقط، فالتشخيص الذي نقصده هو ذلك النوع من التشخيص الذي يعتمد على مجموعة المعايير التي ذكرت والذي يقدم بالتالي إجابات منطقية عن الأسئلة التالية:

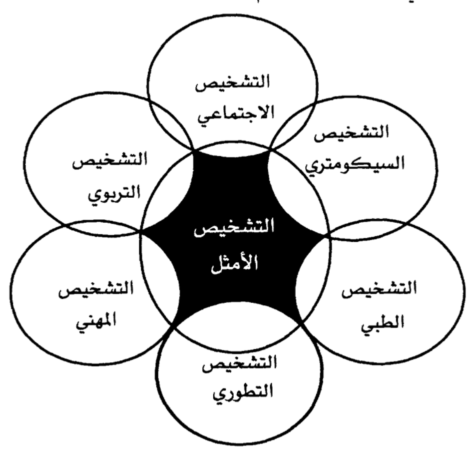
أ- ما الأسباب التي أدت إلى اعاقتة الفرد؟

ب- كيف ترتبط الإعاقة العقلية للفرد بحوادث الماضي التي يمكن أن تكون قد أثرت فيه وأدت إلى حالته الحاضرة من الأداء العقلي؟

ج- هل يتفق أداؤه العقلي مع استعداداته العقلية ( Intellectual Potential Prognosis).

د- ما إمكانيات الفرد للمستقبل؟ أو ما الذي سيكون عليه الفرد المعاق عقليا في المستقبل؟

وهكذا يكون التشخيص بمعناه الواسع الذي ترغب فيه، هو الذي يقدم لنا اجابات عن مثل هذه الأسئلة فيما يتعلق بماذا؟ وكيف؟ وأين يسير الفرد المعاق فيما يتعلق بأدائه العقلي وتكيفه بشكل عام.




شكل رقم (7)

يبين التشخيص الأمثل

يبين الشكل رقم (7) التقاء الدوائر الستة في تشخيص الإعاقة العقلية وهو ما أجمع عليه الخبراء والمتخصصون، وقبل ان نوصم الفرد بما ليس فيه ينبغي الدقة، والنظر في تكاملية ما تسفر عنه الاجراءات في الدوائر الستة وخاصة أن كل دائرة من هذه الدوائر يقوم بها فريق عمل، ونرى في هذه الحالة بأن فرق العمل الستة قد تصل الى التشخيص الصحيح وباختصار فإن التشخيص الشامل والمتكامل للفرد المعاق عقلياً

يجب أن يقدم معلومات عن تصنيف الفرد من حيث مستوى أدائه العقلي، والأسباب التي يحتمل أن تكون قد أدت إلى الإعاقة العقلية، وأشكال العلاج والتدريب الممكنة بالإضافة إلى تقييم ما يمكن أن يكون عليه الفرد في المستقبل.

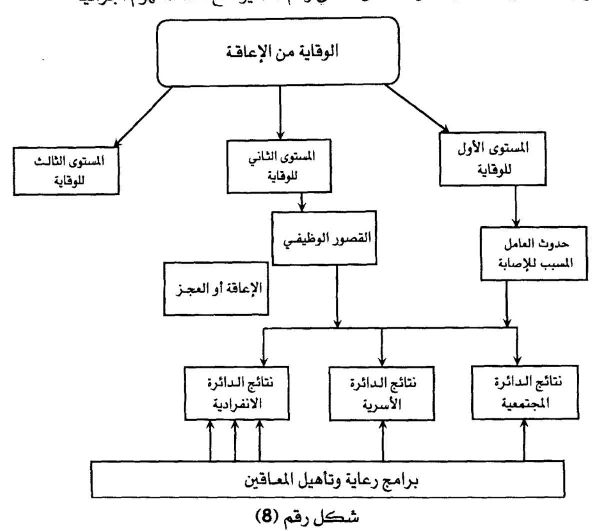
# الفصل الخامس
# الوقاية من الإعاقة العقلية

تهدف جهود المجتمعات المتحضرة الى التخطيط ووضع السياسات، من اجل الارتقاء بالعنصر البشري، وتسعى جاهدة الى تحقيق ذلك الارتقاء من خلال منظومة ثلاثية الابعاد، وهي:

- الوقاية: الوقاية خير من العلاج، ستظل هذه العبارة دعامة رئيسية للحفاظ على البشرية، من الامراض والعلل الجسمية والنفسية والعقلية، لذا وضعت استراتيجيات متعددة في التعلم والتعليم، وسنت القوانين والانظمة والتشريعات لاتخاذ الاجراءات الوقائية المناسبة الهادفة للارتقاء بالوعي الصحي.
- التنمية: ويقصد بها وضع الخطط والاستراتيجيات الهادفة الى تنمية القدرات والاستعدادات لبني البشر في اطار اشباع الحاجات، وترشيد الطاقات لرسم منظومة جودة الحياة لجميع الافراد.
- العلاج: ويقصد به توفيرة ليكون بمتناول الجميع ولا يكون حكرا على أحد، ويعمل العلاج على تخفيف معاناة المرضى وتقليل الكلفة المادية في حال عجز المريض عن القيام بواجبه المجتمعي، وهذه نظرة طبية وهنا يكمن السؤال هل استخدام الادوية يمكن ان يقدم الحلول للمشكلات السلوكية والتربوية (العسر القرائي، العسرالكتابي، التأخر الدراسي، بطء التعلم، الغيرة، القلق، التوتر فرط الحركة الزائد، ......) ام وضع برامج تعديل السلوك وبرامج التعلم العلاجي، القائمة على اسس علمية، ام كلاهما معا؟

نلاحظ ان الابعاد الثلاثة المكونة للمنظومة متداخلة ومتصلة، وعندما يتحقق كل بعد على حده، فإنه ينتج البعدين الاخرين، فكل ما يبذل في الوقاية هو في حقيقة الامر تنمية وعلاج، وكل ما يبذل في التنمية فيه وقاية وعلاج، وكل ما يبذل في العلاج

هو وقاية وتنمية، وهذا التداخل يجعلنا نؤكد أن هذه المنظومة هي منظومة التعلم الوقائي، حيث يقصد به: التعلم الذي يحقق التكيف مع مجريات الحياة والفلاح في مواجهة صعوبات الحياة، والشكل التالي رقم (8) يوضح هذا المفهوم اجرائياً




شكل رقم (8)

يبين درجات الوقاية من الإعاقة

استطاع الإنسان التعرف على بعض أسباب الإعاقة العقلية والكشف عنها، وهي في مجملها لا تفسر إلا نسبة قليلة من حالاته، إلا أن تعدد أسباب الإعاقة العقلية يجعل أمر الوقاية عملية صعبة، ذلك لأن الوقاية من الإعاقة العقلية يجب أن تتجه نحو الحد من تفاقم هذه الاسباب وانتشارها، والواقع أنه مهما بدت عملية الوقاية صعبة وشاقة إلا أن أهميتها تظهر واضحة حين نعلم أن نسبة الإعاقة العقلية تقدر بحوالي 1 ـ 3٪ من

مجموع سكان العالم وأن هذه النسب تشكل عبئاً اقتصادياً وسيكولوجياً واجتماعياً على هذه المجتمعات وربما تضاعف هذا العبء في المجتمعات النامية.

إن التقدم الذي أحرز في مجال الكشف عن أسباب الإعاقة العقلية في السنوات الأخيرة وخاصة في القرن الواحد والعشرون، قد ساهم بفاعلية في وضع سبل الوقاية والعلاج في بعض الحالات، وقد ساعد تطور الخدمات الصحية وبرامج تنظيم الأسرة والخدمات الاجتماعية والتربوية على تطوير بعض وسائل الوقاية وتجنب أشكال الإعاقة المختلفة ومن بينها الإعاقة العقلية.

إن معرفة الإنسان في مجال الاضطرابات التي تصيب الكروموسومات الوراثية كما هو الحال في حالة متلازمة داون مثلاً أو الأمراض التي يمكن أن تتعرض لها الأم الحامل والتي تترك آثارها على الجنين وتسبب له أشكالاً مختلفة من الإعاقة العقلية أو الحسية أو الجسمية قد ساعدت جميعها على وضع تدابير الوقاية من الإعاقة العقلية، وذلك بمراقبة هذه الاضطرابات والأمراض ومعالجتها قبل أن تحدث أثرها على الجنين أو بتجنب الحمل أصلاً في بعض الحالات التي يكون فيها احتمال الإعاقة كبيراً، هذا بالإضافة إلى معرفة الإنسان بطبيعة بعض الأمراض السارية التي يمكن أن تصيب الأم الحامل من جهة أو تصيب الطفل بعد الولادة من جهة ثانية وبعض الأخطار التي قد يتعرض لها الجنين قبل الولادة والطفل بعدها كأمراض الحصبة الألمانية والدفتيريا والتهاب السحايا واضطرابات الغدد والسعال الديكي والحمى القرمزية. إن معرفة الإنسان لهذه الأمراض وطبيعتها والآثار التي تحدثها في الجنين أو الطفل قد ساعدت إلى حد كبير في الوقاية من الإعاقة العقلية من جهة ومن حالات الإعاقة الإخرى من جهة ثانية وخاصة حين تمكن الطب من إيجاد الأمصال التي أثبتت فعالية عالية جداً في إعطاء الفرد مناعة ضد هذه الأمراض وحمايته وبالتالي من الإعاقة العقلية أو غيره من أشكال الإعاقة.

## أهمية الوقاية:

لتوضيح هذه الأهمية نطرح التساؤل التالي:

**ما الذي نستطيع أن نتوقعه من الوقاية؟**

إذا صح القول المعروف "درهم وقاية خير من قنطار علاج" في حالات الصحة العامة فإن صحة هذا القول تبدو ذات أهمية كبيرة في مجال الإعاقة العقلية بشكل

خاص، ذلك لأن الكثير من حالات المرض التي يعاني منها الإنسان قد أمكن التوصل إلى علاجها والتخلص من آثارها على صحة الإنسان، في حين أن هذا الأمر لم يتحقق في مجال الإعاقة العقلية بعد إلا في حالات نادرة جداً كان يمكن الكشف عنها في وقت مبكر. ولذلك فما دامت فرص العلاج بهذه الندرة فإن الوقاية تصبح أكثر إلحاحاً في مجال الإعاقة العقلية بشكل خاص. ولكن السؤال الذي نطرحه هنا هو: إلى أي مدى تستطيع تدابير الوقاية التي يتخذها الإنسان أن تذهب في الحد من مشكلة الإعاقة العقلية؟

تذكر لجنة الرئاسة الإعاقة العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية (President's Committee on Mental Retardation) في تقريرها لسنة **1967** "إن أفضل طريقة لمواجهة مشكلة الإعاقة العقلية هي منع الإعاقة العقلية من أين يحدث". وقد حدد رئيس الولايات المتحدة في سنة **1971** هدفاً قومياً لتقليل حدوث الإعاقة العقلية إلى **50**٪ قبل نهاية القرن العشرين. إن هذا الهدف يمكن ان يتحقق إذا كانت لدى الشعب الأمريكي الرغبة في ذلك بشرط بذل جميع الجهود الجادة لتسخير المعرفة المتوفرة لديه.

إن أكثر حالات الإعاقة العقلية شدة هي تلك الناتجة عن اضطرابات الجهاز العصبي المركزي والتي تحدث تلفاً للدماغ في مرحلة ما قبل الولادة، وفي هذا الصدد اكتشفت الباحثة غودرون رابولد وفريق العمل.

**(RAPPOLD Gudrun ,YING YANG ; MARCELLO Marco ENDRIS Volker; SAFFRICH Rainer; FISCHER Roger; TRENDELENBURG Michael F. ; SPRENGEL Rolf ; 2006).**

من معهد الوراثة البشرية بجامعة هايدليبرغ (جين) يؤدي إلى إصابة الفرد بأخطر أنواع الإعاقة العقلية وأكدت أن هذا الجين يوجد في الكروموسوم الثالث الخاص بعمل الدماغ مباشرة و يحمل اسم ميجاب (megap) الذي يسبب الاضطراب العقلي وهو يرتبط ببروتين (gap) وهو ينشط أساسا في أنسجة الدماغ و ينظم عملية الاتصال بين خلاياها، ويؤدي تشوه هذا الجين إلى حدوث خلل في المستقبلات الحسية الموجودة في الدماغ وبالتالي تقلل نسبة الذكاء ويصاب الإنسان بإعاقة عقلية شديدة، وقد توصلت الأبحاث إلى كثير من الأسباب

الجينية للإعاقة العقلية و خصوصاً الاضطرابات الجينية التي تتركز في الكروموسوم (X) لكن نقطة ضعف هذه الأبحاث أنها تركز على فحص حالات الإعاقة العقلية عند الذكور فقط باعتبار تعلقها بالكروموسوم (X) وينطبق ذلك على أفراد متلازمة داون، حيث تصل نسبة إصابة الأطفال حديثي الولادة بالجين نحو – 0,1٪، لذلك يوضح الباحث فولكر اندريس (Endris,2007) الأسباب التي تؤدي إلى هذا النوع من الإعاقة العقلية عند الإناث أيضا بالنظر إلى جين (MEGAP) ولا يتعلق بكروموسوم (X) حيث من الممكن تصنيف الإعاقة الناجمة عن تشوه بروتين GAP ضمن الأمراض الناجمة عن اضطراب نوع معين من عمليات الاستقلاب تسمى سيلترو (SLITRO) التي تتحكم في الانتقال الصحيح لخلايا المنشأ العصبية واتصالاتها ببقية الخلايا، لذا فإن تشوه الجين يتسبب في اضطراب عمل الخلايا المنظمة للذاكرة والخاصة بتخزين المعلومات و الاستفادة منها ، وحيث إن طبيعة الدماغ هي نتاج التفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية، أما الأجزاء الرئيسة للدماغ فهي موجودة منذ ولادة الفرد، وعمليات الدماغ تنمو وتتطور أو تخبو وتتباطأ اعتمادا على طبيعة البيئة، والذكاء يعتمد بصورة رئيسة علي عدد الخلايا النشطة في الدماغ وهذا الجين قد يؤثر في مناطق تنمية الذكاء الخاصة بالذاكرة والتعلم ، وبالتالي الكشف عن هذا الجين لا يعد علاجا للإعاقة العقلية الشديدة فحسب و إنما لمعالجة الإضرار المحيطة بالنسيج الدماغي ومعالجة الخلايا المتضررة بسبب الجلطات الدماغية و بقية أمراض تحلل الخلايا والأنسجة الدماغية.

ولذلك فإن الوقاية من معظم حالات الإعاقة العقلية الشديد تصبح ممكنة إذا سعينا إلى أن يولد كل طفل ولادة سليمة. وترتبط الإعاقة العقلية البسيطة عادة بظروف الحرمان الثقافي والاجتماعي والفقر التي يعاني منها كل من الوالدين والأطفال، ولذلك فإن الوقاية من هذه الحالات إنما تكمن في السعي إلى ان يبدأ كل طفل حياته بعد الولادة بداية جيدة بعيدة عن الحرمان والفقر، وأن يولد الطفل ولادة سليمة وأن يبدأ حياته بداية جيدة هي حقوق شرعية لكل طفل وأهداف يمكن تحقيقها. والوصول إلى منتصف الطريق في الوقاية (50٪) من الربع الأخير من القرن العشرين بما لدينا من معرفة أمر ممكن، حتى إن تخطى هذا الهدف في نهاية هذا القرن قد يكون

أمراً ممكناً أيضاً إذا استطعنا أن نوسع معرفتنا وان نطبق هذه المعرفة بنفس المعدل الذي فعلنا في الخمسة والعشرين عاماً التي مضت.

والخلاصة أن الإجابة عن السؤال المطروح هنا تتخلص في أن تسخير الإنسان للمعرفة التي تحققت له حتى الآن وما يمكن أن يتحقق منها في السنوات القادمة سيمكن الإنسان من التقليل من حالات الإعاقة العقلية إلى حد يتجاوز توقعاتنا في هذا المجال. هذا بالإضافة إلى أن تحسين شروط المعيشة وخاصة في البيئات الفقيرة التي تكثر فيها حالات الإعاقة العقلية البسيطة سيكون كفيلاً بتقليل تلك الحالات إلى حد كبير جداً.

## المبادئ العامة في الوقاية من الإعاقة العقلية:

على الرغم من تعدد أسباب الإعاقة العقلية المعروفة حتى الان فإن السبب الحقيقي الذي يسبب الإعاقة العقلية عند طفل معين قد يستحيل الوصول اليه، ويعتقد بعض الأطباء أن الكشف عن السبب الحقيقي في معظم حالات الإعاقة العقلية يعتبر أمراً مستحيلاً. ولكن على الرغم من ذلك فإن معرفة السبب إذا أمكن مهم جداً لعاملين:

أولهما: أن بعض حالات الإعاقة العقلية يمكن علاجها أو منعها من الحدوث إذا عرف ذلك السبب، فإذا كان السبب مما يمكن للطب معالجته كما هو الحال في نقص افراز الغدة الدرقية أو حالة اختلاف دم الوالدين فيما يتعلق بالعامل الريزيسي (RH) أو حالة الفنلكتيون يوريا (PKU) أو غيرها من الحالات المعروفة فإنه يمكن معالجة هذه الحالات وإنهاء أو تجنب حالة الإعاقة العقلية عند الطفل كلياً.

وثانيهما: يعود إلى أن إرشاد الوالدين فيما يتعلق بالعوامل الوراثية وهو ما يسمى بالإرشاد الجيني (Genetic Counseling) لا يمكن ان يقدم معلومات دقيقة للوالدين أو اقارب الطفل المعاق الا إذا أمكن التعرف على الأسباب الحقيقية لتلك الحالة بالذات. فإذا كان الإعاقة العقلية مسبباً عن عوامل وراثية نتيجة خطأ في الانقسام أو زيادة أحد الكروموسومات كما هو الحال في حالة متلازمة داون أو بسبب العامل الريزيسي (RH) أو حالات اضطراب التمثيل الغذائي (Metabolic Disorders) فإن

الأخطار التي يمكن أن يتعرض لها أطفال آخرون لنفس الأسرة وبسبب نفس العوامل الوراثية يمكن تقديرها تقديراً دقيقاً إلى حد ما ، أما إذا كان الاضطراب أو الإعاقة العقلية سببه الجينات الوراثية المتنحية (Recessive Genes) وكان كلا الوالدين سوياً فإن فرص ولادة طفل آخر لهما وبنفس الإعاقة هي 1 ـ 4. وإذا كانت وراثة الإعاقة العقلية عن طريق الجينات السائدة (Genetic Counseling) وكان أحد الوالدين معاقاً فإن فرص ولادة طفل معاق لهما تصبح 1 ـ 2 ، أما إذا كانت الإعاقة العقلية ناتجة عن خطأ في عدد الكروموسومات أو عطب أحد الكروموسومات فإن فرص ولادة طفل آخر بالإعاقة نفسها وللوالدين أنفسهما هي أقل بكثير.

على الرغم من أن هناك حالات نادرة وشاذة. وإذا كانت الإعاقة العقلية ناتجة عن تلف الدماغ بسبب الحصبة الالمانية عند الأم مثلاً أو بسبب اضطراب التسمم العضوي (Organic Toxins) أو أية التهابات أخرى مما يمكن أن تكون الأم قد بنت لها مناعة كافية نتيجة إصابتها فإنه لن يكون هناك أي احتمال في أن يولد للأسرة نفسها طفل معاق عقلياً للسبب نفسه وذلك لأن الأم في مثل هذه الحالات لن تتعرض للمرض نفسه مرة أخرى.

أما إذا كانت إعاقة الطفل تعود إلى اصابة الأم بمرض الزهري (Syphilis) أو نقص افراز الغدة الدرقية ، أو السكري أو غير ذلك من اضطرابات التمثيل الغذائي فإن فرص ولادة أطفال آخرين للوالدين أنفسهما ستكون ممكنة إلا إذا تلقت الأم علاجاً فعالاً لمعالجة هذه الأمراض.

وفي حالة الإعاقة العقلية المسببة عن العامل الريزيسي (RH) فإن والدي الطفل المصاب بالإعاقة العقلية نتيجة هذا العامل يمكنهما أن يتوقعا أن تكون فرص ولادة طفل آخر لهما يحمل دمه هذا العامل (+RH) ، ويكون معاقا عقليا أكبر واعاقته اشد من الطفل السابق.

وبالطبع فإن هناك أساليب جديدة وفعالة جداً للوقاية من الإعاقة العقلية وغير ذلك من أشكال الإعاقة المسببة عن هذا العامل الريزيسي (RH) تتلخص في حقن الأم بحقنة من الاجسام المضادة للأجسام المضادة التي يبنيها دم جنينها والتي ستؤثر في

الأطفال الذين ستحملهم مستقبلاً من ناحية أو في تغيير دم الطفل عند الولادة مباشرة من ناحية أخرى، أما حالات التسمم العضوي (Toxemia)، أو الاختناق أثناء الولادة أو صعوبات الولادة فإن فرص تكرارها في الولادات اللاحقة ليست كبيرة على الرغم من أنه يبدو أن بعض النساء يكنّ عرضة لهذه الاضطرابات أكثر من غيرهن.

أما بالنسبة للوالدين ذوي الطفل المعاق إعاقة عقلية من النوع الذي يسمى بالعوق العقلي العائلي (Familial Type) فإن التنبؤ بولادة طفل آخر لهما بنفس الإعاقة يكون أمراً صعباً جداً. فالكثير من أشكال الإعاقة العقلية البسيطة تكون نتيجة تفاعل عوامل الوراثة والحمل والتغذية والرعاية الصحية والظروف البيئية مما يجعل إمكانية فصل هذه العوامل وإرجاع الإعاقة العقلية إلى واحد منها عملية مستحيلة. فإذا تمكنا من تحسين شروط المعيشة للأسرة بتحسين التغذية والرعاية الصحية المناسبة فإن فرص ولادة طفل آخر متخلف ستكون أقل على الرغم من أنه قد يكون من المستحيل القضاء على آثار سوء التغذية وسوء الحالة الصحية التي تكون الأم قد تعرضت لها طيلة حياتها. والواقع أنه لا يوجد في الوقت الحاضر طريقة نستطيع معها أن نحدد مدى مساهمة العوامل الوراثية في الإعاقة العقلية البسيطة أو العائلية.

ولكن يمكن القول بأنه إذا كانت الأسرة من مستوى اقتصادي واجتماعي فقير وكان لها طفل معاق إعاقة بسيطة فإن احتمالات ولادة طفل آخر لها يحمل نفس الإعاقة العقلية هي أعلى بكثير من غيرها من الأسر.

هذا ويمكن تأكيد عدد غير قليل من التدابير والإجراءات الوقائية التي تساهم، إذا ما اتبعت، لا في التقليل من حالات الإعاقة العقلية فحسب بل تساهم أيضاً في التقليل من الكثير من حالات الاضطراب والإعاقة الجسمية والحسية والعقلية التي يمكن أن تصيب الأطفال.

هذه التدابير والإجراءات يمكن تلخيصها بالتوصيات التالية التي تشكل نصف الطريق إلى الوقاية مع التحذير بأن اتباع جميع التوصيات لا يعني بالضرورة أن تنفي كلياً فرص ولادة طفل معاق عقلياً أو معوق جسمياً أو حسياً لأسرة تراعي هذه التوصيات لكنها ستقلل حتماً من فرص ولادة مثل هذه الحالات:

1- الاستفادة من الارشاد الجيني (Genetic Counseling) وخاصة في الحالات التي يكون للوالدين أو أحدهما قريب يعاني من الإعاقة العقلية أو غير ذلك من أشكال الإعاقة التي يعتقد أن أسبابها وراثية.

والحقيقة أن الوضع الأمثل هو أن تتم مثل هذه الاستشارة الجينية أو الخدمة الارشادية الجينية قبل الزواج أو على الأقل قبل بداية التخطيط للحمل. وهي ضرورية بشكل خاص لوالدين لهما طفل معوق ويفكران في انجاب اطفال آخرين. ويخشى البعض من نقل الاضطرابات المرضية أو عيوب الولادة من الوالدين أو الأجداد أو أحد أفراد العائلة المقربين إلى أجيالهم القادمة، ويكتشف هؤلاء حين يلجأون إلى الإرشاد الجيني أن مخاوفهم هذه لا أساس لها، فكثيراً ما تكون الاضطرابات أو العيوب ناتجة عن تفاعل عدد من العوامل الوراثية وغير الوراثية أو قد لا يكون للوراثة شأن فيها، فإذا كان السبب وراثياً فإن المرشد الجيني (Genetic Gounselor) قد يكون قادراً ومن خلال دراسة بسيطة لشجرة الأسرة وتاريخها المرضي أن يقرر أن أحد الوالدين مثلاً لا يمكن أن يحمل المورثات التي تسبب ذلك العطب، وإذا كان أحد الوالدين يحمل تلك الجينات فإن المرشد قد يستطيع أن يدله على بعض الفحوص المخبرية التي تثبت ذلك أو تنفيه. وحين يثبت أنه يحمل ذلك الجين فإن المرشد الجيني في مثل هذه الحالة يستطيع أن يقدم له معلومات كافية ودقيقة بشأن فرص المخاطرة التي يقدم عليها مثل هذا الوالد أو الأم في إنجاب أطفال في المستقبل. هذا ويعتبر المرشد الجيني مصدراً جيداً للمعلومات بشأن طرق تشخيص بعض العيوب الخلقية في مرحلة الحمل المبكرة في الوقت الذي تكون فرصة الاجهاض فيه ممكنة في حالة التأكد من أن الجنين سيكون معوقاً بالفعل وإذا ما رغب الوالدان في ذلك.

2- إن العمر المثالي للمرأة لإنجاب الأطفال هو بين **20 ـ 25** لذلك فإن المرأة تنصح بأن تتجنب ما أمكن إنجاب الأطفال قبل سن **18ـ 20** سنة أو بعد **35 ـ 40** سنة، حيث تكثر فرص ولادة أطفال مصابين بأشكال مختلفة من الإعاقة والعيوب الخلقية.

من المشاكل الشائعة عند الأمهات دون سن العشرين التسمم العضوي والولادة المبكرة. أما الأمهات من سن 40 سنة فما فوق فإن احتمالات إنجابهن لأطفال يعانون من بعض أشكال الشذوذ في الكروموزومات وخاصة الإعاقة العقلية (المنغولي) تزيد كثيراً عن الأمهات بين 20 ـ 40 سنة، إن احتمالات ولادة طفل منغولي لأي أم تزداد طردياً مع زيادة عمر الأم، فقد أشار بينروز (Penrose) إلى أن معدل عمر الأم التي تلد طفلاً يعاني من متلازمة داون هو 36 سنة بالمقارنة مع عمر الأم في الولادات العادية وهو 29 سنة كما يعتبر بينروز أن عمر الأم يعتبر مسؤولاً عن حوالي 60٪ من حالات الإعاقة العقلية المنغولي ويعود ذلك لسببين:

أ- ضعف خلايا البويضة أو تلفها على مر السنين.

ب- ضعف القدرة الجنسية عند الكبار مما قد يكون سبباً في تأخير إخصاب البويضة إلى اللحظات الأخيرة من حيويتها أي إلى حين تصبح البويضة ضعيفة.

ويبين الجدول التالي العلاقة بين عمر الأم واحتمالات ولادة طفل يعاني من متلازمة داون لأول مرة وللمرات اللاحقة.

جدول رقم (5)

يبين العلاقة بين عمر الأم واحتمالات ولادة طفل معاق

| عمر الأم | احتمالات حدوث ولادة طفل يعاني من متلازمة داون | احتمالات إعادة حدوث ولادة طفل يعاني من متلازمة داون |
|---|---|---|
| 20 ـ 30 | 1500/1 | 500/1 |
| 30 ـ 35 | 600/1 | 250/1 |
| 35 ـ 40 | 300/1 | 200/1 |
| 40 ـ 45 | 100/1 | 70/1 |
| 45+ | 40/1 | 20/1 |

يؤكد جدول رقم (5) ما يقرره الكثير من الأطباء في نصيحة الأمهات الحوامل فوق سن الأربعين بإجراء فحص مخبري يدعى (Amniocentesis) للكشف عن الأخطاء التي قد تكون موجودة في خلايا الجنين والتي قد تستدعي عمليات إجهاض الجنين، إذا ما رغبت الأم بذلك، في حالة التأكد من وجود تلك الأخطاء.

يضاف إلى ذلك أن فرص ولادة الأطفال دون الوزن الطبيعي أو قبل نهاية فترة الحمل بالنسبة للأم الحامل فوق سن الأربعين تكون أكثر من بقية النساء الأصغر سناً من ذلك، وكذلك الأمر بالنسبة لحالات التسمم العضوي (Toxemia) التي تكثر نسبة حدوثها عند هؤلاء الأمهات أيضاً والتي غالباً ما تستدعي عند هؤلاء النساء إلى إجراء الطلق الصناعي من أجل عملية الولادة وتخليص الجنين من آثار هذا المرض.

3- يجب أن لا تقل الفترة بين نهاية الحمل وبداية الحمل الثاني عن سنتين على الأقل. فكلما قلت الفترة الزمنية بين نهاية الحمل وبداية الحمل الذي يليه ازدادت فرص الصعوبات والعيوب الخلقية التي يمكن ان تحدث للجنين. هذا وقد وجد أن معدل ذكاء الأطفال المولودين بعد فترة قصيرة من ولادة طفل آخر أقل بقدر ذي دلالة من معدل ذكاء الأطفال الآخرين عند قياسهم ذكائهم في سن الرابعة وذلك على أثر دراسة شملت أطفال حوالي ستة آلاف امرأة.

4- إن أخطار الولادات المبكرة والتشوهات الخلقية وعدم النضج تزداد مع زيادة الولادات المتتابعة للأم الواحدة وخاصة بعد الطفل الثالث.

ويعود السبب في هذه الأخطار أحياناً إلى كبر عمر الأم أو قصر الفترة الزمنية بين الولادات أو شروط المعيشة. ولكن بالإضافة إلى تلك العوامل فإن القاعدة العامة هي أنه كلما ازداد عدد الأطفال الذين تنجبهم الأم ازدادت فرص الأخطار والمشاكل التي يمكن أن تحول دون ولادة أطفال أسوياء.

5- عندما يخطط الوالدان لانجاب طفل جديد فيجب أن تتم عمليات الاتصال بفواصل زمنية لا تزيد على **24** ساعة في الأيام التي تسبق الفترة المقدرة لنزول البويضة والأيام التي توافق تلك الفترة. فمن المعروف أن بعض أشكال الإعاقة تحدث بسبب تأخر إخصاب البويضة في نهاية فترة حيويتها وفي الوقت الذي يبدأ فيه الضعف مما يسبب بعض الشذوذ في سلوك الكروموزومات وفي الإجهاض أحياناً ولذلك فإنه من المفضل أن يتم الاخصاب ما أمكن في الوقت الذي يكون فيه كل من البويضة والحيوان المنوي في كامل حيويتهما مما يزيد من فرص ولادة طفل صحيح وسليم.

أما هذه المسألة فتختلف بالطبع من امرأة إلى أخرى وذلك باختلاف نظام العادة الشهرية عند المرأة، إذ تكون تلك العادة منتظمة عند بعض النساء بشكل جيد يجعل امكانية تقدير الوقت الذي تكون فيه البويضة جاهزة للإخصاب عندهن دقيقة. أما إذا كانت العادة الشهرية غير منتظمة فإن تقدير ذلك الزمن يصبح أمراً صعباً، لذا فإن هؤلاء الأمهات ينصحن باتباع أساليب أخرى لتقدير ذلك الوقت الذي تكون فيه البويضة جاهزة للإخصاب وذلك عن طريق مراقبة درجة حرارة المرأة اليومية أو عن طريق الشعور بالألم البسيط عند بعض النساء في أسفل البطن حيث تشق البويضة طريقها من المبيض إلى قناة فالوب حيث يتم الاخصاب. هذا والقاعدة العامة للزمن الذي تكون فيه البويضة جاهزة للإخصاب، وخاصة حين تكون العادة الشهرية منتظمة، هو اليوم الرابع عشر من بداية العادة الشهرية.

6- على كل امرأة أن تتلقى العناية الطبية في فترة ما قبل الولادة بإشراف طبيب مختص يساعدها على الولادة في أحسن المستشفيات وتحت أفضل الظروف الصحية لها من ناحية ولجنينها من ناحية أخرى.

والحق أن عملية الاهتمام الصحي بالأم الحامل وبالجنين يجب أن تبدأ حتى قبل فترة الحمل أو حتى قبل الزواج. ويكون ذلك بإجراء الفحوص العامة لكل من

الوالـدين للحـصول علـى خـدمات الارشـاد الجـيني (genetic Counseling) وخاصة إذا كان تاريخ العائلة (Family History) يشير إلى احتمال ولادات غير عادية.

تفيد هـذه الفحوصـات العامـة الأولية في التأكـد مـن ان الأم في حالـة صـحية مناسـبة للحمـل وانهـا قـد حـصلت علـى جميـع المطـاعيم الـتي تعطيهـا المناعـة الكافية ضد عدد من الأمراض التي يمكن ان تترك آثاراً سلبية على جنينها مستقبلاً. كذلك تفيد هـذه الفحوصـات في التأكـد مـن أن الأم لا تعـاني مـن التهابات أو نقص في التغذية أو اضـطرابات مرضـية قـد تـؤثر علـى نمـو وتطـور الجنين. في هذه المرحلة (مرحلة الحمل) يتم تحذير الأم من تناول الأدوية أو التعرض للاشعاعات أو الالتهابات وخاصة في الأسابيع الأولى من الحمل. هـذا ويتيح الإشراف الطبي المستمر لـلأم الحامـل فرصـة تشخيص ومعالجـة بعـض الحـالات المرضـية كالـسكري والـسل ونقـص الـبروتين والأمـراض التناسـلية بـشكل يقلـل مـن فـرص التـأثير الـسلبي علـى الأم وجنينهـا، ذلـك لأن بعـض الحـالات المرضـية الـتي ذكـرت قـد تـشكل خطـراً علـى الأم الحامـل وخاصـة أمـراض القلـب وفقـر الـدم. ومثـل هـذه الأم قـد تنـصح بعـدم الحمـل مـا دامـت تعاني من هذه الأمراض أصلاً.

قد يتعرض أحد الوالدين للأدوية أو للاشعاعات فترة طويلة من الزمن بشكل قد يؤثر على الكروموسومات الوراثية التي سينقلها الى الجـنين وهنـا يكـون دور الطبيـب في فحـص الكروموسـومات للتأكـد مـن عـدم وجـود عيـوب أو اضـطرابات قـد تـؤثر في نمـو وتطـور الجـنين.هـذا ويجـب أن تـستمر تلـك الفحـوص خـلال فـترة الحمـل للتأكـد مـن عـدم تعـرض الأم والجـنين لـبعض الاضـطرابات كالانفـصال المبكـر للحبـل الـسري أو التـسمم أو عـدم ملاءمـة العامل الريزيسي (RH) أو الولادة المبكـرة أو غير ذلـك. يضـاف إلى ذلـك أن تلـك الفحوصـات الطبيـة الروتينيـة والإشـراف الطـبي المباشـر سـيجعل مـن

الممكن تحذير الأم التي تحمل توأماً مثلاً من الصعوبات والتعقيدات التي تواجه عملية الولادة كما تساعد الطبيب على أخذ الحيطة بشأن ما تتطلبه عملية الولادة تلك من احتياطات ضرورية لسلامة كل من الأم والجنين معاً.

7- على كل امرأة أن لا تحمل إلا اذا كانت قد أصيبت بالحصبة الالمانية أو تطعمت ضدها. تعتبر إصابة الأم الحامل بالحصبة الالمانية وخاصة في الأشهر الأولى من الحمل من أخطر الأمراض التي يمكن أن تترك آثاراً متعددة على الجنين قد تحدث له الإعاقة العقلية بالإضافة إلى فقد البصر وفقد السمع وغير ذلك من الاضطرابات. إلا أن هذا العامل يمكن تفاديه الآن كلياً وذلك عن طريق التطعيم قبل بداية الحمل بشهرين على الأقل إذا لم تكن الأم متأكدة من أنها قد أصيبت بالحصبة الالمانية من قبل. والواقع أن هناك طريقة سهلة الآن للتأكد من وجود الأجسام المضادة للحصبة الالمانية في جسم الأم التي تنوي الحمل وذلك بواسطة فحص مخبري للدم يؤكد للأم أنها تحمل هذه الأجسام المضادة أولاً. وحين يتأكد الطبيب أن الأم لا تحمل مثل هذه الأجسام المضادة فإنه يمكن اعطاؤها مطعوم الحصبة الالمانية إذا تأكد أنها ليست حاملاً وانها لن تحمل قبل مرور شهرين على الأقل من اعطائها المصل. هذا وقد قدر عدد النساء اللواتي يصلن إلى مرحلة البلوغ دون الاصابة بالحصبة الالمانية قبل اكتشاف المطعوم وتعميمه سنة **1970** بحوالي **20**٪ من النساء. وهكذا ومع وجود إمكانية التطعيم ضد الحصبة الالمانية فإنه يمكن القول إنه يمكن تجنب حدوث جميع حالات الإعاقة التي يمكن أن تحدث لهذا السبب.

8- على الأم الحامل تجنب تناول اللحوم غير المطبوخة جيداً والاقتراب من أو الاتصال مع القطط التي يمكن ان تكون مصدراً للالتهابات التوكسوبلاسموسيس (Toxoplasmosis Infections).

هذا المرض يعتبر مرضاً بسيطاً بالنسبة للبالغين لدرجة أنه يمكن أن يوجد عند كثير من الناس دون أن يكونوا على وعي بوجوده مع العلم أنه يمكن أن يسبب ظهور البثور الجلدية البسيطة والسعال وتورم اللوزتين وأعراض أخرى أشبه بأعراض الرشح. ولكن إذا أصيبت الأم الحامل بهذا المرض فإن الجنين قد يصبح عرضة لهذا المرض مع أن الأم قد تشفى منه بسرعة.

وقد يصبح الطفل عرضة لهذه الالتهابات طيلة فترة الحمل وحتى بعد الولادة. وقد وجد أنه من بين الأطفال الذين يولدون وقد أصيبوا بهذا المرض أثناء فترة الحمل فإن 20٪ منهم يولدون وهم يعانون من اضطرابات أو إعاقة كبيرة تشمل الإعاقة العقلية والصرع، وتلف العين، وفقدان السمع كما أن بعض هؤلاء الأطفال يولدون وهم ناقصوا النضج (Premature).

أما مرض التوكسوبلاسموسيس (Toxoplasmosis) فلا تسببه فيروسات وإنما يتسبب عن عضوية تشبه شكل الفاصلة ( ، ) ومعظم الناس يصابون به عن طريق تناول اللحم غير المطبوخ جيداً أو من التعرض لبراز القطط، ولذلك فإن المرأة الحامل يجب أن تتجنب التعرض لهذين المصدرين.

9- على الأم الحامل أو التي تعتقد أنها يمكن أن تكون كذلك الامتناع عن تناول الأدوية مهما كانت إلا إذا كان ذلك ضرورياً جداً، وحتى في مثل هذه الحالة فإن تناول مثل هذه الأدوية يجب ان يكون بإشراف ورأي الطبيب الذي يعرف أن الأم حامل.

10- على الأم الحامل أن تمتنع عن التدخين خلال فترة الحمل على الأقل، فمع أنه لا يوجد دليل على علاقة التدخين بالإعاقة العقلية أو غيرها من أشكال الإعاقة إلا أنه وجد أن أبناء الأمهات المدخنات أثناء الحمل يعانون من تأخر بسيط في نموهم الجسمي بالمقارنة مع أبناء الأمهات غير المدخنات، فقد وجد ان معدل وزن أبناء الأمهات المدخنات يقل عن معدل وزن أبناء الأمهات غير المدخنات بحوالي نصف باوند. وكذلك الأمر بالنسبة للطول فقد وجد أن أبناء

الأمهات المدخنات أقصر قليلاً من أبناء الأمهات غير المدخنات. ولا يعرف تماماً كيف يؤثر التدخين على الجنين إلا أن هناك بعض الفرضيات التي ترجح إمكانية انتقال النيكوتين إلى الجنين عبر المشيمة أو انتقال نسبة كبيرة من أكاسيد الكربون (Carbon Monoxide) من دم الأم إلى الجنين وبالتالي التقليل من كمية الأكسجين التي يجلبها الدم إلى الجنين.

11- يجب أن تعتمد الأم في غذائها على نظام غذائي غني بالبروتينات والفيتامينات والأملاح والسعرات الحرارية، ذلك لأن تغذية الجنين وبنيته الجسمية تعتمد على تغذية الأم وبنيتها الجسمية أيضاً، فإذا كانت الأم تعاني من سوء التغذية فإن جنينها سيعاني من ذلك أيضاً، والواقع أنه من الصعب حتى على الأم التي تعاني من سوء التغذية أن تتمكن من الحمل، وإذا حملت بالفعل فإنها تصبح أكثر عرضة للإجهاض وصعوبات الولادة المبكرة. كذلك فإن وجود الإعاقات والتشوهات الخلقية عند الأطفال الذين يولدون لمثل هؤلاء الأمهات يصبح أكثر احتمالاً مما هو في العادة.

12- على الأم الحامل التي لا تحمل العامل الريزيسي (-RH) أن تتأكد من أن طبيبها يتخذ الإجراءات اللازمة لحماية جنينها وأطفالها مستقبلاً من أخطار هذا العامل، وخاصة أن الوقاية من هذا العامل أصبحت الآن مؤكدة، وذلك بحقن الأم بحقنة تحتوي أجساماً مضادة للعامل الريزيسي خلال 72 ساعة بعد ولادتها لطفل يحمل هذا العامل (+RH). إن الأجسام المضادة التي تحتويها هذه الحقنة تهاجم خلايا الدم الحمراء التي تحمل العامل الريزيسي الموجب (+RH) والتي تكون قد دخلت الأم أثناء الولادة وقتلتها قبل أن يتمكن جسم الأم من إنتاج أجسام مضادة لهذا العامل، فإذا حدث ان حملت الأم مرة أخرى وحمل الجنين العامل الريزيسي الموجب (+RH) فإنها لن تعاني من أخطار الأجسام المضادة التي يمكن أن تقتل خلايا الدم الحمراء عند الجنين قبل ولادته. وهكذا فإنه من الضروري لكل أم لا تحمل العامل

الريزيسي (-RH) أن تتناول هذه الحقنة بعد كل ولادة طفل من نوع (+RH) أو بعد إسقاط أو إجهاض الحمل.

ولسوء الحظ فإن حقنة العامل الريزيسي (RH) لا تساعد الأم التي لا تحمل هذا العامل (-RH) والتي أنتجت أجساماً مضادة للعامل الريزيسي على أثر ولادتها لطفل من نوع (+RH) أو إجهاض قبل حصولها على هذا المصل. فإذا حملت مثل هذه الأم مرة أخرى فإن طبيبها يجب ان يراقب الجنين عن طريق فحص مستوى أو نسبة الأجسام المضادة في دم الأم أو عن طريق فحص السائل الأميني (Amniocentesis) إذا كان ذلك ضروريا. وإذا اكتشف أن الجنين في خطر فإنه غالباً ما يمكن أن يتم إنقاذه من الخطر عن طريق عملية تبديل الدم (Intrauterine Blood Transfusion).

13- يجب أخذ جميع الاحتياطات لمنع الولادة المبكرة أو غير الناضجة، وهذا التحذير ينطبق على جميع الولادات غير الناضجة والتي تشمل الأطفال حديثي الولادة الذين اكتملت مدة الحمل بهم، إلا أن وزنهم يقل عن **5.5** باوند أو أولئك الأطفال الذين يولدون قبل أن يكملوا مدة الحمل الطبيعية والتي تساوي **266** يوماً، تعود أسباب الولادة المبكرة إلى عوامل من نوع سوء التغذية، أو مرض الأم خلال فترة الحمل أو التدخين أو فقر الدم، أو عمر الأم، أو حمل التوائم.... الخ.

أما الإعاقات المرتبطة بالولادات المبكرة فتمتد من أشكال بسيطة من صعوبات التعلم ومشكلات السلوك إلى الإعاقة العقلية الشديد والعمى وفقدان السمع والموت أحياناً وخاصة حين يكون الطفل صغيراً جداً. وترتبط الولادة المبكرة كذلك بالشلل الدماغي وتخلف النمو الفيزيولوجي بشكل عام.

14- يجب أن تتم الولادة في المستشفيات المجهزة تجهيزاً طبياً مناسباً، وذلك لأن كثيراً من أسباب الإعاقة العقلية وغير ذلك من أشكال الإعاقة تعود إلى صعوبات الولادة التي يمكن تفاديها إذا ما تمت الولادة تحت إشراف طبي

متخصص. من أكثر أشكال الإعاقة ارتباطاً بصعوبات الولادة الشلل الدماغي، والإعاقة العقلية والاضطرابات النيرولوجية التي غالباً ما ترتبط بصعوبة الولادة وطول مدة الطلق وصعوبته أو تأخر قدرة الطفل المولود على التنفس الذاتي مباشرة بعد الولادة. والواقع أن الطبيب الماهر يمكنه على الأقل التقليل من أثر المخاطر على المولود إذا لم يكن قادراً على منع حدوثها أصلاً.

ويعتقد العاملون في مجال صحة الطفل والتوليد في الأردن أن حوالي **70٪** من الولادات تحدث خارج المستشفيات المتخصصة دون إشراف طبي. ولسوء الحظ فإن هذه النسبة تزيد من احتمالات حدوث الإعاقة عند هؤلاء الأطفال حديثي الولادة.

15- أما على المستوى الحكومي فإن أفضل ما يمكن ان تقوم به الدولة لمنع حدوث الإعاقة العقلية وغيرها من أشكال الإعاقة يتلخص في سن التشريعات التي تعطي للطفل حق الولادة السليمة من جهة كما تعطيه حق بداية الحياة في بيئة مستجيبة من جهة ثانية، وهذا يعني أن تتمكن الدولة مثلاً من سن تشريع يقضي بأن يتم فحص كل من ينوي الزواج للتأكد من بعض العوامل الصحية، وتعميم عمليات التطعيم ضد عدد من الأمراض التي تساهم في إحداث الاعاقات المختلفة، وقد شرعت المملكة الأردنية الهاشمية إجراء فحص الثلاسيميا قبل إتمام إجراءات عقد الزواج ، بالإضافة إلى توفير الخدمات الصحية المناسبة والمختصة لجميع قطاعات المجتمع بحيث يصبح بالإمكان توفر العناية الصحية اللازمة للأم الحامل والإشراف الطبي المتخصص على عمليات الولادة.

16- وأخيراً، فإن توفير الجو النفسي والتربوي والثقافي والاجتماعي المثير فكرياً للطفل، سواء في مجال الأسرة أم في المدرسة أم في المجتمع بشكل عام، عامل أساسي هام في التقليل من الإعاقة العقلية وخاصة البسيط منه، ذلك لأن هذا النوع من أنواع الإعاقة العقلية غالباً ما يرتبط بالظروف التربوية

والثقافية والاجتماعية الفقيرة التي تخلو عادة من الآثار الفكرية للطفل، وتمنع بالتالي من نمو القدرة العقلية نمواً سليماً يجعل هذا الطفل معاقا عقليا، إذا ما قورن مع غيره من أبناء عمره. وإذا علمنا أن الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية، والتي تزيد عن المئة، تساهم فقط فيما نسبته 25٪ إلى 30٪ من حالات الإعاقة العقلية، فإن بقية حالات الإعاقة العقلية هي من النوع الذي يرجع علماء النفس والتربية أنها تعود إلى عوامل غير محددة، تتلخص في فقر البيئة الثقافية والاقتصادية والاجتماعية والنفسية لأسر هؤلاء الأطفال ومجتمعاتهم المحلية. لذلك فإن السبيل إلى التقليل من حدوث هذه الإعاقة هو إغناء البيئة الثقافية والاجتماعية لهذه الأسر عن طريق عدد كبير من البرامج التي ربما تتولاها المجتمعات المحلية، أو الدولة أو المؤسسات التطوعية الاجتماعية بالإضافة إلى المؤسسات التربوية وعلى رأسها المدرسة ورياض الأطفال.

# الباب الثالث
# هندسة مهارات الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية

- الفصل الأول:

أهمية مهارات الحياة للمعاقين عقلياً .

- الفصل الثاني:

البيئة .

- الفصل الثالث:

القدرات Abilities .

- الفصل الرابع:

المستوى الحالي .

- الفصل الخامس:

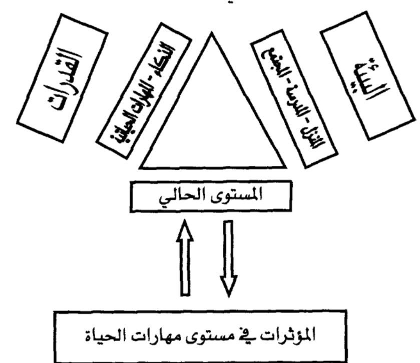
المؤثرات في مستوى مهارات الحياة .



# الباب الثالث
# هندسة مهارات الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية

**مقدمة:**

تكتسب المهارات الحياتية أهميتها بالنسبة للطفل المعاق عقلياً من خلال محاور ثلاثة ويمكن توضيحها بالشكل التالي:




شكل رقم (9)
العوامل المؤثرة في مستوى المهارات الحياتية للمعاقين عقليا

يتضح من الشكل رقم (9) العملية التكاملية في تعليم المهارات الحياتية للأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية والذي يتم تناوله يالشرح والتفصيل في الفصول الأربعة التالية وهي:

- البيئة.
- القدرات.

- المستوى الحالي.
- المؤثرات في مستوى مهارات الحياة.

حيث يتناول كل فصل من الفصول الأربعة مجموعة من العوامل والمؤثرات والتي بتفاعلها تنتج ثمار العملية التنموية.

# الفصل الأول
# أهمية مهارات الحياة للمعاقين عقلياً

> إن تعليم مهارات الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة أكبر العون على تحصيل مصالح الدنيا، وثواب المسلك، وهي منهاة عن العوز، ومطردة للاحتياج، ومبيضة للأسرة.
>
> الإمام (2004) جريدة الرأي الأردنية

ينبغي الاهتمام بالمهارات الحياتية للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية، كي يستطيع أن يواجه متغيرات وتحديات العصر، وكذلك أداء المهام الضرورية لإشعاره بجودة الحياة على أكمل وجه لتحقق له التعايش الناجح والتكيف والمرونة في حياته العملية والشخصية، ان تعليم الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية يقصد به تعلم كل ما يفيد هؤلاء في الحياة اليومية، أي ينبغي الاهتمام بثلاثية الأبعاد لإحداث التناغم في الارتقاء بالعملية التعليمية للاشخاص ذوي الاعاقة العقلية في مرحلة الطفولة، وهذه الابعاد هبة من الخالق وعلى المخلوق (المعلم، ولي الأمر، المهتمين) ان يهتم في توظيف ما صنعه الخالق من رأس (Head)، ويد (Hand)، وقلب (Heart) قال تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ فِىٓ أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ﴾.

ويذكرالامام (2006) أن ثلاثية الاتش 3Hs هي المدخل الرئيس في التعامل مع الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية، وهذا يعني ان جميع افراد هذه الفئة لديهم استعداد للتعلم، ونظراً لاتساع مفهوم المهارات الحياتية وما طرأ عليه من تغيير بسبب التقدم العلمي المستمر، فليس هناك تعريف واضح ومحدد لمفهوم المهارات الحياتية، فهناك من استخدم مفهوم تفاعل الفرد مع الآخرين Interpersonal Skills، أو مصطلح السلوك التوكيدي Assertiveness، أو مصطلح الكفاية الاجتماعية Competence Social، وتتعدد

هذه المهارات وتتنوع إذ تشمل جميع مجالات الحياة، فهي مجموعة من المهارات التي يدرب عليها الأطفال المعاقون عقليا حتى يكونوا قادرين على الاعتماد على أنفسهم في إمكانية قضاء حاجاتهم اليومية، والتي تؤدي إلى تحسين بعض المهارات الحركية والنفسية مما يساعدهم على أن يعيشوا حياتهم الاجتماعية بصورة طبيعية.

ويذكر قاسم وعبد الرحمن (2007) أن المهارة الحياتية هي أي عمل يقوم به الإنسان في الحياة اليومية التي يتفاعل فيها مع أشياء ومعدات وأشخاص ومؤسسات وبالتالي فان هذه التفاعلات تحتاج من الفرد أن يكون متمكنا من مهارات أساسية.

ويذكر سنجر singer في مصطفى (2001) بأنها مجموعة مهارات الحياة اليومية التي يحتاجها ذوو الاحتياجات الخاصة لمساعدتهم على ممارسة حياتهم بصورة طبيعية، ومما سبق يتضح أن المهارات الحياتية هي محور اهتمام الباحثين في العديد من المجلات ومن ثم فقد صممت البرامج التي تعمل على تعليم وتدريب الأطفال المعاقين عقليا على مختلف المهارات وذلك في حدود ما تسمح به قدراتهم وإمكاناتهم.

وعرفها ريجيو Riggo "بأنها قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي، واستقبال انفعالات الآخرين وتفسيرها. ووعيه بالقواعد المستترة وراء أشكال التفاعل الاجتماعي، ومهارات ضبط وتنظيم تعبيراته غير اللفظية، وقدرته على أداء الدور وتهيئة الذات اجتماعياً ".

وكما عرفها باستن وفينتا (Bastian and Veneta,2005) بأنها مجموعة أعمال وأنشطة يقوم بها الإنسان في الحياة اليومية وتتضمن تفاعل الفرد مع أشياء، ومعدات، وأشخاص، ومؤسسات، وتتطلب مثل هذه التفاعلات تمكن الفرد من التعامل معها بدقة ومهارة.

ويضيف "هيجنر" (Hegner،1992) بأنها مجموعة المهارات المرتبطة ببيئة التي يعيش فيها الفرد وما يتصل بها من معارف وقيم واتجاهات يتعلمها بصورة مقصودة ومنضمة عن طريق الأنشطة والتطبيقات العملية. وتهدف إلى بناء شخصية متكاملة

بالصورة التي تمكنه من تحمل المسؤولية والتعامل مع مقتضيات الحياة اليومية بنجاح وتجعل منه مواطناً منتجاً.

وقد عرفها لانوس (Lannucci,2001) بأنها" المهارات أو السلوكيات اللازمة للأفراد لمساعدتهم على أن يسلكوا بالطريقة المقبولة، كالقدرة على التواصل وحل المشكلات الاجتماعية، وفهم الذات، وتقدير الذات، وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين".

وكما عرفها دانيش وستيفن (Danish& Steven,1997) على أنها مجموعة من السلوكات والمهارات الشخصية والاجتماعية اللازمة للأفراد للتعامل بثقة واقتدار مع أنفسهم ومع الآخرين، ممثلاً ذلك باتخاذ القرارات المناسبة والصحيحة وتحمل المسؤوليات الشخصية والاجتماعية، وتكوين علاقات إيجابية مع الآخرين.

وعلى أي حال فإن المهارات الحياتية هي سلوكيات ملاحظة يمكن قياسها وتستخدم أثناء تفاعل الفرد مع الآخرين، فهي سلوك وليست سمة، وأما إذ اجتمعت هذه السلوكيات لدى الفرد فإنها تعبر عن سمة عليا وهي الكفاءة الاجتماعية التي تعد جزءاً من الكفاية الكلية للشخصية، فإذ أضفنا عليها المهارات الأكاديمية، والمهارات النفسية والجسمية تتكون لدينا شخصية متكاملة. لذا يصبح مفهوم المهارات الحياتية مصطلحاً يستخدم لوصف الأداء الوظيفي الاجتماعي والذي يتضمن، الصداقة، والمكانة الاجتماعية، والكفاية الاجتماعية، والسلوك التكيفي.

تستحوذ المهارات الحياتية على اهتمام الكثيرين من الباحثين والمشتغلين في مجال رعاية الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، والأفراد المعاقين عقلياً بشكل خاص لما لهذه الإعاقة من الأثر السلبي على الفرد والاسرة والمجتمع في حالة قلة الوعي والثقافة والتعليم.

وذوي الاعاقة العقلية في اشد الحاجة الى العطف والحنان من الاسرة والمجتمع فهم بحاجة الى من يمتلكون الدافعية للانجاز، والى من يحسنون التعامل مع الطفل خاصةً وان هذا الطفل ويبدو وكأنه يعيش في عالم غريب عنه لا يربطه فيه أية صلة،

ويكون عاجزاً عن فهم ما يدور حوله والسؤال عنه، فيشعر بالحيرة والقلق والخوف والعزلة والدونية، فتكون معاناته أشد وطأً وأعظم أثرا، فبالإضافة الى انخفاض المرونة العقلية التي تجعله يعاني عجزاً في مستوى مهارته الحياتية ونقصاً في تقديره لذاته.

ويرى "فوكس" Fox في قاسم وعبد الرحمن (2007) بأنها الوسائل من طرق لتحقيق الرضا النفسي وبناء مشاعر جديدة على الذات.

وترى كريستين ماليز (1994) بأن المهارات الحياتية هي المهارات العملية التي يتمكن الطفل المعاق عقليا من أن يعيش حياة أكثر استقلالية.

وأشار هالاهان وكوفمان (2008) إلى أن جميع الأطفال المعاقين عقليا مهما كانت شدة الإعاقة لديهم هم بحاجة إلى تعلم بعض المهارات الأكاديمية، ومهارات الحياة المختلفة سواء الاستقلالية أو المجتمعية أو المهنية، وبالنظر إلى المهارات الحياتية نجد أنها كثيرة ومتنوعة حيث يحتاجها الطفل والراشد في شتى مجالات الحياة سواء في المدرسة أو البيت أو في التفاعل مع الآخرين.

وأشار شنايدر (Schneider,2004) إلى أن امتلاك هذه المهارات من قبل الفرد هو السبيل الوحيد إلى سعادته وتقبله للآخرين، وكذلك في حب الآخرين وتقديرهم له.

كما أوضح براون وسنيل (Brown&Snell,2001) أن القصور في المهارات الأدائية الحياتية هو عدم قدرة الطفل على القيام بحاجاته الأساسية وتحقيقها مثل ارتداء الملابس، أو تناول الطعام والمهارات الاجتماعية اللازمة للحياة مع الآخرين والتفاعل معهم، واستخدام وسائل النقل العام، وأداء بعض الألعاب، أو غيرها من وسائل الترفيه الأخرى.

كما أوضح هالاهان وكوفمان (2008) أنه يجب الاهتمام بتعليم المعاقين عقليا الأسس لتلك المهارات التي تتعلق بتكيفه مع المجتمع أو في الحياة العامة، ويتم تعليمها لهم بمفردها وفق المواقف المختلفة التي تتم إتاحتها في الصف الدراسي، وأوصيا بأن

يقوم المعلم بترتيب الصف كي يشبه موقفاً مجتمعاً معيناً كأن يرتبه ليشبه ممرا معيناً في محل البقالة أو غيره.

لكن المواقف الشبيهة بالمواقف الحقيقية لن تصل في أهميتها وفائدتها إلى ما يمكن أن نحققه حال اللجوء إلى المواقف المجتمعية الحقيقية، وغالبا ما يتم تعليم الأطفال المعاقين عقلياً المهارات الحياتية في المدرسة وفق مواقف صفية مختلفة يتم إعدادها لهذا الغرض.

وذكر كل من الروسان وهارون (2001) أن المهارات الحياتية اليومية، تشكل حجر الزاوية الأساسي في مناهج الأطفال المعاقين عقلياً على اختلاف درجة إعاقتهم، كما تشكل هذه المهارات أساساً لبناء أشكال أخرى من المهارات الضرورية للأطفال المعاقين عقلياً مثل المهارات الاجتماعية أو الحركية أو المهنية وغيرها من المهارات، والمهارات الحياتية تلعب دوراً هاماً في مجال تعليم المعاقين عقليا حيث تهتم بالمعاق كإنسان له احتياجاته البدنية الاجتماعية، والعمل على تلبية حاجات المعاقين في العديد من المجالات يعتبر عاملا أساسيا لتحسين حالتهم البدنية والنفسية وتزيد من قدراتهم على الاعتماد على أنفسهم كما تنمي ثقتهم بذاتهم مما يولد لديهم روح الحب والتعاون كما تهدف إلى الترويح عن النفس وشغل أوقات الفراغ ولذا فهي تساعد على تنمية شخصيه المعاق اعتمادا على الاستخدام المكثف لقدراته وحواسه المتبقية.

ويذكر مرسي (1996) أن الطفل المعاق عقليا يفتقر إلى العديد من المهارات والذي يؤدي إلى بعض المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية مثل السلبية والقلق والتوتر والانسحابية، هذا ويتوقف نجاح الفرد في حياته على ما يمتلكه من مهارات وخبرات حياتية نظراً لأهميتها في تسهيل أداء الطفل أثناء تفاعلاته المتعددة مع النظم الأربعة التي ذكرت في هذه الدراسة والمسؤولية عن تطوير مهاراته الحياتية أصلاً، ولا تقتصر أهمية المهارات الحياتية على أمور الحياة المادية فحسب، بل إنها ذات أهمية كبرى في المجالات الاجتماعية والانفعالية، إذ تمكن هذه المهارات الطفل من

التعامل مع الآخرين، وإقامة علاقات طيبة معهم تقوم على الحب والمودة والتفاهم (عمران والشناوي، 2001).

وعليه فإن تضمين المهارات الحياتية فيما يتعلمه الطفل يساعد بصورة أو بأخرى في زيادة دافعية الطفل للتعلم، علاوةً على أنها تساعده في التعرف على ذاته واكتشاف علاقاته بالآخرين (كوجك، 1992).

## أهمية المهارات الحياتية للطفل المعاق عقلياً:

إن قلة الدعم الاجتماعي للأطفال المعاقين عقليا يؤدي إلى صعوبة تكوين علاقات مع الأصدقاء، وتدني قدرة هؤلاء الأطفال على تعزيز احترام الذات، بالإضافة إلى عدم تمتع هؤلاء الأطفال بمهارات لغوية ومهارات اتصال تمكنهم من التفاعل اجتماعيا وعدم قدرتهم على تفهم وجهات نظر الآخرين. مما يترتب علية شعور الطفل بالعزلة والوحدة، والإنسان لا يستطيع أن يعيش في عزلة عن الآخرين عن أهله وأصدقائه وزملائه، وهو لا يستطيع أيضاً أن يعيش دون تعامل مع كافة الجهات، وهذا يؤكد أن حياة الفرد باعتباره عضوا في جماعة أكبر بحاجة إلى التكيف لتطوير المجتمع، وهذا لا يتوافر له إلا من خلال امتلاكه لمهارات حياتية تجعله يتواصل مع الآخرين ويتفاعل معهم، وهذا يحتاج إلى مجموعة من الطرق التي تساعد في اكتساب هذه المهارات.

## طرق وأساليب تعليم مهارات الحياة:

ويذكر عمران والشناوي (2001) ثلاث طرق في تعليم مهارات الحياة على النحو التالي:

1- الطريقة التجميعية: حيث يدرب الطفل على كل مهارة بصورة منفصلة حتى يصل إلى المستويات المطلوبة من سرعة الأداء ودقته، وبعد ذلك يتم تجميع المهارة والتدريب عليها ككل وفقاً لمبدأ التسلسل والربط السلوكي Chaining.

2- الطريقة الجزئية: وفيها تقدم المهارة للطفل على صورة سلسلة من الإجراءات، ويطلب من الطفل إعادة ما نفذه الباحث على كل جزء منها على حدة في صورة متسلسلة حتى يتم إنجاز المهارة، ويصل الطفل إلى المستوى المقبول وبالسرعة المطلوبة وفقاً لمبدأ التشكيل السلوكي Shaping.

3- الطريقة الكلية: ويستهدف فيها تقديم المهارة ككل للطفل في تمرين واحد أو عمل تطبيقي شامل، ويحدث هذا عندما تكون إجراءات المهارة بسيطة غير مركبة، أو سبق تقديم بعض أجزائها في مهارات أخرى. تقدم هذه الطريقة عندما يراد توضيح الربط بين العمليات المكونة للمهارة أمام الطفل وهذه الطريقة تعد من الطرق المركبة في تعليم الأطفال المعاقين عقليا.

لذا تعتبر هذه الطريقة من الطرق المتقدمة والتي لا ينبغي البدء بها في تعليم الأطفال المعاقين عقليا، علماً بأن مصطفى (2001) توصل من خلال المواقف التعليمية المقترحة إلى إكساب الطفل القدرة على حل بعض المشكلات بطريقة تناسب قدراته، وتنمية بعض المهارات الأخرى مثل الثقة بالنفس، والوعي بالذات، وكذلك المهارات الاجتماعية التي ساعدت الطفل على التعرف على قدراته وعلى نواحي تميزه مما وفر له فرص التفاعل والاتصال والتعامل الذكي مع معطيات المجتمع الذي يعيش فيه ويتعايش معه.

## أساليب تعليم مهارات الحياة:

فقد أجمع العديد من الباحثين والعلماء على أن هناك أساليب وفنيات متبعة أثبتت فعاليتها في تعليم وتدريب العديد من المهارات والسلوكيات الحياتية هي:

### أولاً: التشكيل Shaping

ويعرف أحيانا باسم التقريب المتتابع أو مفاضلة الاستجابة والمقصود به ذلك الإجراء الذي يعمل على تحليل السلوك إلى عدد معين من المهمات الفرعية وتعزيزها حتى يتحقق السلوك النهائي.

والتشكيل لا يعني خلق سلوكيات جديدة من لا شيء. فعلى الرغم من عدم وجود السلوك المستهدف لدى الطفل، إلا انه غالباً ما تكون لديه سلوكيات قريبة من

السلوك المستهدف، لذا فإن المعالج السلوكي يقوم بتعزيز تلك السلوكيات بهدف ترسيخها في ذخيرة الطفل، ثم بعد ذلك يلجأ إلى التعزيز التفاضلي الذي يشمل على تعزيز الاستجابة التي تقترب من السلوك المستهدف.

### ثانياً: التسلسل

يعرف بأنه الإجراء الذي من خلاله العمل على تقسيم السلوك المستهدف إلى عدد من الحلقات المكونة له، مع تعزيز الحلقة الأخيرة منه (الشناوي وعبد الرحمن، **1998**).

### ثالثاً: التلقين Prompting

كثيرا ما يحتاج الطفل إلى مساعدة إضافية أو تلميحات من الآخرين لكي تساعده على تأدية السلوك المستهدف على النحو المطلوب، وهذه المساعدة قد تكون لفظية أو جسدية أو إيمائية وهي ما تسمى بالتلقين.

فالتلقين: هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تميزية إضافية بهدف زيادة احتمالية تأدية الفرد للسلوك المستهدف، ويقال مثيرات تميزية إضافية من أجل تمييزها عن المثيرات التميزية المتوافرة أساسا في البيئة، وبمعنى آخر التلقين هو حث الفرد على أن يسلك سلوكا معينا والتلميح له بأنه سيعزز على ذلك السلوك. ويمكن تقسيم التلقين إلى ثلاثة أقسام على النحو التالي:

- التلقين اللفظي: وهي تعليمات لفظية تساعد الطفل على القيام بالسلوك المرغوب فيه، فمثلاً تقول المعلمة للتلاميذ "لنقم بمراجعة الواجبات المنزلية"، وقول الأم للابن "كرر اذان الله اكبر" وهي شكل من أشكال التلقين اللفظي.
- التلقين الإيمائي: وهو التلقين بالإشارة أو النظر باتجاه معين مثل وتكتيف اليدين على الصدر إيماءً بالالتزام والانضباط.

- التلقين الجسدي: وهو أن يقوم الملقن أو المدرب بلمس الطفل جسدياً بهدف مساعدته على تأدية سلوك معين، ومن الأمثلة على ذلك المدرب يركل الكرة امام الطفل، او كيفية الوقوف لتصويب الكرة نحو المرمى.

## رابعاً: الإخفاء Fading

هو الإزالة التدريجية للتلقين بهدف مساعدة الفرد على تأدية السلوك المستهدف باستقلالية دون التدخل فيه.

**طرق الإخفاء:**

أن طريقة الإخفاء المناسبة تعتمد على نوع التلقين المستخدم، فيمكننا وفقا لذلك إخفاء التلقين تدريجيا على النحو التالي:

1- إخفاء التلقين اللفظي: من خلال تقليل عدد الكلمات المستخدمة كأن نقول (تعال) بدلا من أن نقول (يا عمر تعال إلى هنا) أو من خلال تخفيف درجة الصوت.

2- إخفاء التلقين الإيمائي: يتم بتقليل حجم الإيماء كاستخدام الإصبع بدلا من اليد كلها أو النظرة بدلا من الإشارة.

3- إخفاء التلقين الجسدي: يتم إخفاؤه بتقليل الضغط الناتج من اللمس فبدلا من لمسه بكل اليد يتم لمسه بإصبع واحد.

## خامساً: النمذجة Modeling

وهي من الفنيات الانفعالية للعلاج المعرفي السلوكي، ويعتبر التعلم بالنمذجة من اهم الاساليب التعليمية والعلاجية والارشادية، ويقصد بها إتاحة الفرصة أمام الطفل لمشاهدة نموذج سلوكي معين، ثم التدرب على تقليد ذلك النموذج، حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للطفل بقصد إحداث تغير ما في سلوكه أو تشكيل سلوك جديد، كما أن النمذجة عملية تدريب الفرد على تأدية سلوكيات معنية وفق نموذج يعرض أمامه، ويمكن تقسيم النمذجة إلى الأقسام الآتية: هي:

1- النمذجة المباشرة:

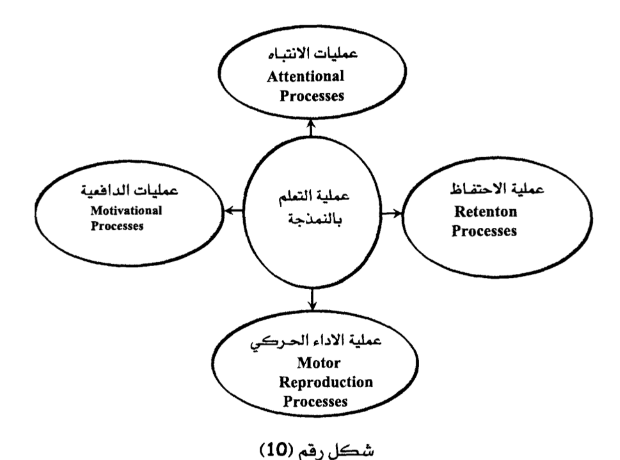
يقوم النموذج بتطبيق مهارة حياتية في مواقف فعلية أو رمزية حيث يطلب من الفرد تأدية هذا النموذج بإتقان، أو تتمثل تتمثل النمذجة المباشرة بوجود قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي الاجتماعي المطلوب إتقانه، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المتسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك.

2- النمذجة بالمشاركة:

وفيها يتم عرض المهارة الحياتية المراد التدرب عليه بوساطة نموذج، وأداء هذا السلوك من جانب المتدرب مع توجيهات تقويمية من جانب المدرب.

يرى باندورا أنه لا بد من وجود أربع عمليات متصلة لحدوث التعلم بالنمذجة وهي: عمليات الانتباه، عملية الاحتفاظ، عملية الاداء الحركي، عمليات الدافعية.

- عمليات الانتباه Attentional Processes: وينبغي التركيز للنموذج لكي يتم التعلم بالملاحظة، بشرط ان يكون النموذج مؤثراً لجلب الانتباه للموقف المراد تعلمه.
- عملية الاحتفاظ Retenton Processes: ينبغي أن تتوافر مجموعة من المخططات التي تساعد في الاحتفاظ بالنموذج المشاهد.
- عملية الاداء الحركي Motor Reproduction Processes: التعلم بالملاحظة لا يكفي اذ لا بد من عملية الممارسة ثم التغذية الراجعة لهذا الأداء الممارس والذي يفيد في علاج القصور في بعض جوانب المواقف المتعلمة، وتكرر الممارسة حتى يتم، وهذا ما يسمى بلعب الدور والتغذية المرتدة.
- عمليات الدافعية Motvational Processes: من المحتمل أن تنطفئ الاستجابات المتعلمة عن طريق الملاحظة اذا لم يتم تدعيمها او اذا تم النفور منها او اذا شعر الفرد بالتوبيخ من خلالها، لذا لا بد من العوامل الباعثة لأداء الاستجابة المتعلمة.




شكل رقم (10)

يبين العمليات الاساسية لحدوث التعلم بالنمذجة

## مكونات المهارات الحياتية:

يمكن تقسيم المهارات الحياتية من وجه نظر المؤلفين إلى مكونين رئيسين هما المكون السلوكي والمكون المعرفي.

### أولاً: المكونات السلوكية

وتضم ما يأتي:

**أ- السلوكات الحياتية اللفظية:**

وهذا النوع من السلوك له أهمية عظمى في مواقف التفاعل الاجتماعي، إذ إنه يعمل على نقل الرسالة مباشرة من المرسل إلى المستقبل، ويضم ما يلي:

- **الحساسية الاجتماعية**: وهي قدرة الفرد على فهم رموز الاتصال اللفظي مع الآخرين، ومعرفة العادات والتقاليد ومعايير السلوك الحياتي المناسب للموقف الاجتماعي.

- التعبير الاجتماعي: ويشمل الطلاقة اللفظية، والتفاعل مع الآخرين بطريقة مناسبة.
- الضبط الاجتماعي: وهو قدرة الفرد على التحدث مع الآخرين أثناء المناسبات الاجتماعية، وكذلك قدرته على إبراز قدر مقبول من المشاركة بما يتفق والموقف الحياتي.

**ب- السلوكات الحياتية غير اللفظية:**

لا يقل هذا النوع من السلوك في أهميته عن السلوك اللفظي، فهو يشمل لغة الجسد والإيماءات والتواصل البصري وتعبيرات الوجه ويضم الآتي:

- مهارات الإرسال: وهي قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي والتي تضم تغيرات الصوت وخصائصه وإيماءات الجسم.
- مهارة الضبط الانفعالي: وهي قدرة الفرد على ضبط التعبير عن الانفعالات الداخلية والتي تتلاءم مع الموقف الحياتي الذي يحدث.
- الحساسية الانفعالية: وتشمل مهارة الفرد في استقبال وفهم أشكال الاتصال غير اللفظي الصادر عن الآخرين وقدرتهم على تفسيرها.

## ثانياً: المكونات المعرفية

وهي مهارات غير ملاحظة، وتشمل أفكار الفرد واتجاهاته ومدى معرفته بالاستجابة المناسبة في المواقف الحياتية، وفهم السياقات الاجتماعية والتصرف بما يتناسب والموقف الحياتي ويقصد بالجانب المعرفي في المهارات الحياتية، الوعي بالأنظمة والتقاليد والاعراف الاجتماعية التي تحكم السلوك في موقف ما، وتضم ما يلي:

- مهارة المشاركة participations: وهي مهارة الاشتراك مع الآخرين في المواقف الحياتية بطرق مقبولة، ودعوتهم إلى التعامل معه والتشاركية فيما يهتم فيه ويهتمون هم فيه أيضاً.
- مهارة التأكيد Assertiveness: وتضم الاستفسارات والإيضاح وطرح الأسئلة، والمطالبة بالحقوق والواجبات والدفاع عنها، وإبداء الرأي والدفاع عنه، ورفض الطروحات غير المعقولة بطرق مهذبة ومقبولة.

- مهارة التحدث Conversation: وتضم مكونات عدة مثل: البدء في المحادثة ومواصلتها وإنهائها، واستخدام نبرة الصوت المناسبة للموقف، وترك المسافة المناسبة، والتواصل البصري.
- مهارة الاعتماد على الذات Depend –Self: وتضم العناية بالذات، والعناية بالملابس، والاهتمام بأماكنه وسلوكياته الخاصة.
- مهارة حل المشكلات والتغلب عليها problems- Solving& Coping: وتشمل مهارة الهدوء والاسترخاء والاستماع للحلول المطروحة، واختيار أفضل الحلول المتاحة، ومواجهة الصعوبات والمضايقات وإيجاد الحلول المناسبة لها بطرق مقبولة.
- مهارة الاستعداد: وتعني التنبه واليقظة والاستماع والإيضاح والتفكير وأخذ الحيطة قبل البدء بالحديث.

**بناء مهارات الحياة:**

في عملية بناء مهارات الحياة للمعاقين ينبغي ان نبحث عن أسس لهذا البناء لتمكين الاشخاص ذوي الاعاقة من العيش في بيئة آمنة، بيئة فاعلة، بيئة منتجة، بيئة يتحقق فيها الخير.

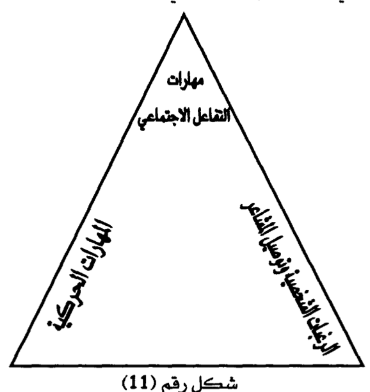
وبالاطلاع على أدبيات التربية الخاصة والعلوم الاجتماعية والنفسية والطبية، نستطيع ان نستخلص مضلعاً مغلقاً ثلاثي الأبعاد، يعطي شكلاً هندسياً، والاشكال الهندسية هي اشكال معبرة لها معنى ولها قيمة في أسس البناء الصحيح، سواء كانت أشكالاً منتظمة أو أشكالا متباينة، لكنه في النهاية تنتج نموذجا للارتقاء بذوي الإعاقات عموماً وعلى وجه الخصوص ذوي الإعاقات العقلية.

فيتكون البعد الأول: من مهارات التفاعل الاجتماعي.

أما البعد الثاني فيتكون: من الرغبات الشخصية وتوصيل المشاعر.

والبعد الثالث يتكون: من المهارات الحركية.

وبهذه الابعاد الثلاثة يتكون مثلث بناء مهارات الحياة، ويمكن التطرق الى نموذج الارتقاء مثلثي الابعاد على النحو التالي:




شكل رقم (11)

مثلث الارتقاء في مهارات الحياة

ويمكن من خلال شكل رقم (10) التطرق الى أبعاد النموذج على النحو التالي:

## أولاً: مهارات التفاعل الاجتماعي

إن مهارات التفاعل الاجتماعي هي السلوكات الكلامية والحركية المتوقعة التي نتعلمها حين ننمو من أجل التفاعل، بشكل مناسب مع الآخرين، نتعلم هذه المهارات في البيئة المنزلية والمدرسية والمجتمعية وهذه المهارات المختلفة تتضمن السلوكيات المختلفة مثل المهارات الاستقلالية كارتداء الملابس والعناية بالذات وتناول الطعام والتعامل مع الضيوف، والعديد من المهارات الاجتماعية هي بداية كلامية تتضمن التواصل مع الآخر في تعزيز مفاهيم العطاء والأخذ وتفهم الرسائل المتبادلة بالإضافة إلى أن هذه المهارات تتضمن سلوكيات غير كلامية كتعبير الوجه ونبرة الصوت ودلالة العينين وحركة الجسم أثناء الحوار والاشارة باليدين، وهناك جملة من

المهارات الاجتماعية الشائعة ربما تكون مطلوبة في بيئات محدودة مثل العمل في مؤسسات ذات طابع خاص (كمراسل في بنك، مساعد في بقالة، عامل على آلة تصوير، عامل في المصاعد الكهربائية، عامل في مطبعة او في مزرعة او في مصنع تجميع او مصنع أغذية أو ألبسة) وحين تؤدي هذه المهارات في هذه البيئات المتباينة بنجاح فإنها تزيد الرابطة بين المعاق والمحيطين به وتجعله اكثر تقبلا، ولمراعاة ذلك ينبغي اتباع مجموعة من العناصر الرئيسية في العديد من المهارات الاجتماعية التي تعلم للمعاقين عامة ولذوي الاعاقة العقلية على وجه الخصوص.

**العناصر الرئيسية لنجاح التفاعل الاجتماعي:**

1- **الاتصال بالنظر:** ان تعليم المعاقين مهارة الاتصال بالنظر (دون التحديق) ضرورة مهمة لما لهذه المهارة من اثر في تحسين التواصل بين الاشخاص وتفهم الرسائل كاملة، فمن المهم أولا أن نقر ما استوعبه الطفل المعاق وبعد ذلك نشجعه على استيعاب المرحلة التالية، وإذا كانت المشكلة "لماذا لا ينظر إليّ؟ أو ينظر بالقرب مني؟" فعليك بتشجيع المرحلة الأولى بالربط بين وقوع النظرة العفوية المحدقة للطفل المعاق على عينيك وبين نشاط اجتماعي آخر ممتع مثل: المداعبة، أو التأرجح، أو الملاحقة، وبالتالي فإن الأطفال سيعرفون كيف يمكنهم أن يبدأوا التفاعل كما أن هذا التفاعل يمكن أن يكون ممتعا أكثر من كونه مجرد اعتراض على ما يفعلونه.

2- **المسافة:** إن المحافظة على ابقاء مسافة مناسبة بين الفرد المعاق ومحدثة او بين المتحدث والمعاق، يؤدي الى الارتياح اثناء عملية التواصل.

3- **الوقفة:** ان يتعلم الفرد المعاق طريقة الوقفة الصحيحة اثناء طلبه لشيء ما واثناء الحديث، ويجب عليه أن يفرق بين الحديث لفرد واحد او لمجموعة من الافراد، وهذا يتوجب على المدربين الاهتمام بتدريب الفرد ذوي الاعاقة على استعمال اعضاء جسمة مما يؤدي الى زيادة تفهم الآخر للرسالة التي يريد الفرد المعاق أن يرسلها.

4- الاتصال الجسمي: إن الاتصال الجسمي يعزز الشخص الآخر أو يثبطه، فينبغي تعليم الفرد ذي الإعاقة مهارات الاستقبال وتوديع الناس، وأن يميز بين الزائر وبين المغادر، واستخدام هذه المهارة يجب أن تكون في الأوقات المناسبة مثل السلام بعد انتهاء الزيارة أو السلام عند بداية الزيارة.

5- الإيماء: إن تدعيم الرسالة بإيماءات مناسبة مثل تعابير الوجه الدالة على (الفرح، الغضب أو الحزن أو الدهشة أو الفزع أو الخوف أو الألم، ....) يضيف تأكيداً على الرسالة ويجعلها أكثر انفتاحا ووضوحا خاصة حينما نتفاعل وجهاً لوجه مع الآخرين.

6- القبول: إن أهم رسالة للشخص المعاق أن تشعره وتعلمه بأنك تحب أن تسمع حديثه، ويمكن ذلك عندما تقدم له كلمات أو جمل مما يحب أن يسمعها، أو يكون قد قالها قبل ذلك فتثير في نفسه الغبضة والسعادة، أو تسأل سؤالاً يدل على ما سمعته منه أو يعتمد عليه أو على الأقل قل له نعم أو حسناً.

7- نبرة الصوت ومقامه وحجمه: إن الاجابة بطريقة معتدلة وبطريقة مناسبة يعطي رسالة كلامية معتدلة للفرد المعاق، وهي أفضل من الهمس أو الصراخ عليه، لأنها مؤشرات للمعاق ان المرسل ـ المدرب، الوالدين، الرفقاء، المحيطين، ... ـ لا يخفي شيئاً من المواقف او المشاعر السلبية تجاهه.

8- تحية الآخرين: تجمع الدراسات النفسية على أن الاحكام تطلق على الفرد من اللقاء الأول، لذا ينبغي تدريب الفرد المعاق على مهارة اتخاذ قرار حول التحية، هل يكتفي بالمصافحة؟ أو طرح أسئلة؟ أو قول مرحبا؟ في بداية اللقاء.

كل ذلك له انعكاسات على الحكم والانطباع الذي يؤخذ على المعاق. وإذا اقترب المعاق من الآخرين، فابدأ بتعليمه التحية المناسبة، ولكن كن حذرا، حيث إن أحد أنواع التحية العائلية قد تكون قبلة، ولكن الطفل الذي يعاني من الإعاقة العقلية الشديدة قد لايميّز من هو الذي يمكن أن يقبله كأن يقبل ساعي البريد الذي يحضر لتسليم رسالة مثلا. وإذا ألقى التحية بطريقة صحيحة.

9- تبادل كلمات المديح: أثبتت كثيرٌ من الدراسات النفسية ان كلمات المديح تمهد الطريق لعلاقات جيدة بين الاشخاص ذوي الاعاقة والمحيطين والمتعاملين معهم، خاصةً إذا صاحبتها ابتسامة، فإن الابتسامة هي مفتاح القبول.

10- اتباع التعليمات: لكي ندرب الاشخاص ذوي الاعاقات على ان يكونوا اجتماعيين وعناصر فعالة في المجموعة، عليهم اتباع التعليمات التي ترد اليهم من المعلمين والاهل. ومن الضروري أن توازن بين تفاعلات عبارة "أريدك أن تفعل هذا" وعبارة "دعنا نستمتع بذلك سويا" ويجب التركيز على أن مثل هذه الأشكال للعب الاجتماعي تمثل جزءاً مهماً من تفاعلاتك مع الطفل المعاق، وهذه سوف تشجع الطفل لأن يكون اقترابه العفوي من الناس أكثر حدوثا.

11- تقديم التماس والاعتذار: اذا ما قام الفرد المعاق بارتكاب احدى المخالفات، فلا يوجد ضير من تقديم الالتماس للشخص المتضرر من المخالفة، فقول رجاء تقبل اعتذاري مدعاة لبدء علاقة جيدة، وان الوقوع في الخطأ هو امر يقع فيه كل البشر ولا تترد في قول اني اعتذر عن الذي بدر مني.

12- رفض الاذعان للالتماس: اذا ما عرض على الفرد المعاق القيام بأحد الاعمال التي تبدو انها غير مشروعة، فلا يتردد برفض ذلك العمل.

13- تقبل النقد: ان تعلم قبول النقد هو مهارة اجتماعية مهمة مع الاخذ بالاعتبار ان النقد فرصة جيدة للتقويم ويشجع على التغيير الى الافضل، ويمكننا أن نجعل الفرد المعاق يتخلى عن توجيه سلسلة من الأسئلة تظل شكلا مهيمننا من أشكال التفاعل؟ أولا، قد يكون هذا السلوك صدى لمعظم تفاعلات المحادثات الطبيعية الصادرة من البالغين للطفل الذي يعاني من الاعاقة العقلية الشديدة، مثل "لماذا تفعل ذلك؟" أو "ما هذا؟" والشيء المفقود في هذا السؤال هو التعليقات عن بعض النشاطات أو الموضوعات المناسبة ويمكن التشجيع على ذلك بالتأكد من أن تفاعلات الفرد المعاق تشمل العديد من

التعليقات الأخرى وليس الأسئلة فقط كأن تقول له: "هذه اللعبة جميلة " وإذا قال الطفل هذه التعليقات بعفوية قل له بعض الإجابات المناسبة وخُصّه بالاهتمام المناسب.

14- توجيه النقد: على الأهل والمدربين والمهتمين بشؤون ذوي الإعاقات عند توجيه النقد لهم، البدء بذكر الايجابيات قبل البدء بتوجيه النقد لاعمالهم ثم البدء بعمليات التوجية والارشاد.

15- عدم الموافقة والتناقض: إذا أردت كمدرب او اخصائي ابداء عدم الموافقة على سلوك او تصرف معين، يتوجب عليك ان لا تحط من قيمة وقدر المعاق، ويتوجب عليك الإنصات بانفتاح الى رد حديث المعاق.

**العناصر الرئيسية في ضعف التفاعل الاجتماعي:**

ومن خلال العناصر الرئيسية لنجاح التفاعل الاجتماعي يمكن التوصل الى العناصر الرئيسية في معيقات التفاعل الاجتماعي حيث تقسم إلى خمسة أقسام هي:

1- عجز في المهارة الاجتماعية: حيث إن بعض الاشخاص ذوي الاعاقة وخاصة الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من عجز في المهارات الاجتماعية، فقدراتهم لم تمكنهم من اكتساب تلك المهارات، إذ إن تلك المهارات يتم اكتسابها من خلال أنواع التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي مع الآخرين.

2- عجز في اختيار المهارة الاجتماعية: بعض الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية يمتلكون مهارات اجتماعية، ولكنهم يعانون من سوء التنظيم الذاتي الذي يمكنهم من اختيار المهارة المناسبة للموقف المناسب، وبالتالي فهم بحاجة الى توفير بعض البرامج التدريبية المتعلقة باختيار المهارات الحياتية والاجتماعية المناسبة.

3- عجز في توظيف المهارة الاجتماعية: يوجد لدى بعض الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية استعداد لاكتساب المهارات الاجتماعية، لكنهم لا يستطيعون ممارستها بالمستوى المطلوب، وقد يعود السبب في ذلك إلى نقص الدوافع لدى الفرد المعاق، أو لعدم وجود الفرص الكافية، لأداء المهارة بالمستوى المطلوب.

4- عجز في الضبط الذاتي المرتبط بالمهارة الاجتماعية: إن بعض الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية لا توجد لديهم مهارات اجتماعية تتناسب مع مواقف معينة، إذ إن الاستجابة الانفعالية تمنعهم من اكتساب المهارات الملائمة لموقف معين، كالقلق، والخوف، فقد يواجه الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية صعوبة في التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم نتيجة حالة القلق التي تنتابهم، والتي تؤدي إلى القصور في ضبط الذات، مما يقودهم إلى قصورٍ آخر في أدائهم للمهارات الاجتماعية، وليس بالضرورة أن يؤدوها بطرق مناسبة، نتيجة للاستجابة الانفعالية الصادرة عن الفرد، ومشكلات الضبط الذاتي، وهذا يشير إلى أن الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية يتعلمون المهارة الاجتماعية لكنهم لا يظهروها بطريقة دائمة، وقد يعود السبب أيضاً الي توقعاتهم حول ردة فعل الآخرين السلبية تجاه ما يصدر عنهم من سلوكيات.

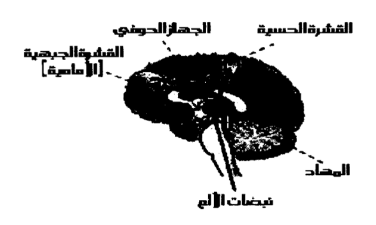
5- قلة الوعي المجتمعي وانعدام البيئة المستجيبة: إن قضية الإعاقة من القضايا التي ينبغي على المجتمعات ان تضع لها الأولويات من خلال الدساتير والتشريعات، فعلى الرغم من اهتمام الامم المتحدة بلجانها المختلفة بهذه القضية وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد من بعض الدول برعاية المعاقين إلا أن هذه الرعاية تبقى حتى الآن رعاية ورقية لم تأخذ حيز التنفيذ في المستويات المجتمعية المتباينة، فمثلا على مستوى تكافؤ الفرص والتوظيف نجد ان نسبة الـ 5٪ التي اقرتها القوانين والدساتير العالمية، وتم توثيقها في منشورات معظم الدول لم تنفذ ولم تفعل وبالنسبة لقضية الدمج فالحديث فيها طويل ولم يجد التفعيل، وبالنسبة لقضية الاعلام فبدلا من القبول والاحترام يجد المعاقين واهلهم التجنب والاهمال، وبالنسبة للمباني والتصميمات فلم توضع خطط المؤسسات، ولنتساءل أين الوعي المجتمعي؟ واين البيئة المستجيبة؟.

## ثانياً: الرغبات الشخصية وتوصيل المشاعر

- أي نظرة للطبيعة الانسانية تتجاهل العواطف هي نظرة ضيقة الافق.
- الواقع ان كل الانفعالات في جوهرها هي دوافع لافعالنا.
- إن كل عاطفة من عواطفنا توفر استعدادا متميزاً للقيام بفعل ما.
- عواطفنا هي التي ترشدنا في مواجهة المأزق والمهام الجسيمة.

اكتشف العلماء البلجيكيون كيفية تعامل المخ مع العواطف المثيرة للمشاعر، وقال العلماء في جامعة جنت البلجيكية إنهم وجدوا أن الجانب الأيسر من المخ هو المسئول عن فهم المعنى الحرفي للمعلومة، او الرسالة العاطفية، بينما الجانب الايمن بتقويم مغزى الرسالة، وما إذا كانت تدعو الى السعادة، او الحزن، او الغضب، أو الخوف، وتتكون الصور في جزء من المخ، واعتمد العلماء في الكشف عن هذه الحقيقة على قياس سرعة تدفق الدم الى الجانبين الايمن والايسر من المخ، حيث إن نشاط أي جانب يستدعي تدفق المزيد من الدم إليه.

والجزء مختص بالعواطف والانفعالات والإحساس بالألم أو البهجة هو الجهاز الحوفي limbic system، ولكن إدراك الصورة المتكونة يتم في المستوى الأعلى من المخ ويعرف بالقشرة cortex، وهو الجزء المختص بالذاكرة والتفسير والتبرير وبدونه تظل الصورة بلا معنى.




شكل (12)

يبين الأجزاء المسؤولة عن المشاعر

ويرتبط الجزء الذي تتكون فيه الصورة بغدتين الأولى تعرف باسم الغدة تحت المهادية Hypothalamus gland، وهذه الغدة مسؤولة عن تنظيم درجة حرارة الجسم ومعدل ضربات القلب والشعور بالجوع والعطش والرغبة في النوم والنشاط الجنسي، أي أنها تنظم جميع العمليات الحيوية في الجسم.

والثانية الغدة النخامية pituitary gland التي تقود النشاط الهرموني للجسم.

وبعد أن تتكون الصورة ويدرك المخ معناها تعمل الغدة تحت المهادية Hypothalamus على إحداث تفاعلات فسيولوجية في جميع أعضاء الجسد فتقوم الخلايا بإرسال إشارات للمخ تعمل على تقوية الصورة لتصبح أكثر حيوية ويرسل المخ المزيد من الإيضاحات، وهو ما يجعل الصورة تستمر وتتواصل الدورة بين الجسد والمخ.

وقد ثبت أن المخ يتفاعل بنفس الطريقة مع الصورة المتخيلة؛ أي أنه لا يفرق بين الصورة الخيالية التي يبدعها خيال الإنسان دون أن تراها عينه وبين الصورة الواقعية.

والاشخاص ذوي الاعاقة العقلية يمتلكون الكثير من المشاعر ولهم رغباتهم الشخصية وهم في حاجة الى معرفة كيفية التعبير عن المشاعر والإفصاح عن رغباتهم الشخصية، وهي جزء من مهارات الحياة والتي تبلور: بأنها القدرة على المبادرة في التفاعل مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية، وضبط الانفعالات في مواقف التفاعل الاجتماعي المختلفة، بما يتناسب وطبيعة الموقف، وقد بين فلينت وود (Flynt & Wood, 1989) ان أمهات الأطفال المعاقين عقلياً من فئة الإعاقة المتوسطة ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع لديهم قدرة على تفهم مشاعر اطفالهم والتنبؤ بما يكمن في نفوسهم من رغبات، وتعمل الامهات ذات الوعي المرتفع و المستوى التعليمي المتميز على تلبية الرغبات التي قد تكون مكبوتة في بعض الاحيان لدى الابن المعاق او قد تطلب بأساليب وطرق وسلوكيات غير مرغوبة، ويعود ذلك الى تباين الحالة ودرجتها.

كما أثبت هودجز (Hodges,1980) اهمية ممارسة الانشطة الرياضية للاشخاص ذوي الاعاقة العقلية في تحقيق الرغبات الشخصية وتوصيل المشاعر، وقد

بين ان امهات الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية الذين يمارسون البرامج الرياضية الترفيهية هم الاجدر على تحقيق الدفء العاطفي واحتواء اطفالهم بالرعاية والحنان مما يحقق لهم اوقات ممتعة، وفي هذا تأكيد على فاعلية الجوانب العاطفية والوجدانية وتأثيرها على عمليتي التعلم والتعليم.

لذا فإن التعبير المشاعر والرغبات الشخصية يحتاج الى قدرات نوعية للتعامل الفعال مع الآخرين في مواقف محددة بالشكل الذي يحقق أهدافاً معينة سواء فيما يتعلق بالشخص أو الأشخاص الآخرين، كما ان القدرة على التفاعل مع الآخرين في البيئة الاجتماعية بطرق متعددة، تعد مقبولة اجتماعياً أو ذات قيمة اذا تم التعبير عن المشاعر والرغبات الشخصية بشكل جيد، فتكون ذات فائدة للفرد ولمن يتعامل معه.

لذا ينبغي على المربين والمهتمين العمل على إكساب الأشخاص ذوي الاعاقة العقلية، مجموعة من المهارات على النحو التالي:

- تعليمه المعلومات الأساسية، كالاسم والعنوان والجنس والجنسية سواء بطريقة الكتابة أو عن طريق التعريف على هذه البيانات من خلال بطاقته الشخصية، أو بأية طريقة أخرى.
- تعريفه بأبرز المؤسسات الخدمية في محيط البيئة، التي يعيش فيها.
- تعليمه كيف يمكنه التعبير عن مشاعره ورغباته للآخرين بطريقة مقبولة.
- تعليمه كيفية التعرف على الأشخاص غير المعروفين لديه، وكيفية التواصل معهم.
- تعليمه أهمية حفظ بعض أرقام الهواتف التي من الممكن أن يكون بحاجة إليها في حالات الضرورة، مثل: رقم هاتف المنزل، أو رقم جوال الأبوين، أو الإخوة، ورقم هاتف الإسعاف والشرطة وهكذا.
- تعريفه بما يدور حوله من أحداث ومجريات.
- تعليمه كيفية أداء العبادات، والتعامل مع الآخرين باحترام.
- تعليمه مهارات الكتابة والقراءة والحساب (3Rs).

(3Rs = Read, wRite & aRthematic)

## ثالثاً: المهارات الحركية

تعد برامج الأنشطة الحركية والترفيه بمختلف أشكالها ضمن الحياة اليومية الشاملة للأفراد المعاقين عقلياً في المجتمع مدخل ضروري ومهم، لتأكيد أهمية العيش ضمن الجماعة، ولهذا وجدت العديد من المبادرات لمشاركة المعاقين عقليا وذوي الإعاقات الأخرى، في ممارسة الالعاب والانشطة الرياضية، وذلك من خلال توفير البرامج التدريبية والترفيه وتنظيم المسابقات المدرسية والمحلية واعداد اللاعبين والفرق التي يمكن ان تشارك في المسابقات والدورات في المحافل الدولية.

مما لا شك فيه ان الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية يختلفون في مدى استعداداتهم وميولهم واتجاهاتهم نحو البرامج الحركية وفقا لطبيعة الاعاقة العقلية وتباينها.

وللدلالة على ذلك فقد أجريت دراسات عديدة (محمد، 2005؛ Duvdevany,2002) حول مختلف المتغيرات النفسية لدى الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية، بينت أهمية ممارسة النشاطات الترفيهية والحركية. ولنجاح تنظيم المسابقات الرياضية والنشاطات الحركية ان تكون التمارين متوافقه مع امكانيات الاطفال، فيوجد من هم لديهم إعاقات مزدوجة مثل ضعف البصر او ضعف السمع او عيوب خلقية ما يؤدي الى الصعوبة في عمليات التدريب وتعليم المهارات مع العلم بأن عملية تعليم المهارة، لا تتوقف على التمرين نفسه أو اللعبة ولكن على دينامية التفاعل بين الاطفال والمدرب، والتمرين في هذه الحالة عامل مساعد في العملية التعليمية، وتتلخص اهمية اللعب بالمشاركة وتفريغ الطاقة السلبية، وقبول النجاح و الإخفاق واتباع القواعد والنظم والتعليمات.

فممارسة الانشطة الرياضية هي متعة تفيد الطرفين، الطرف الاول وهو الطفل فهي بمثابة شاحن للطاقة الايجابية في اطار من النمو المتوازن، والطرف الثاني وهو المدرب او المعلم فهي تساعد على دراسة حالة الطفل والتعرف على القدرات الجسمية والعقلية التي لدى كل طرف على حدة والتي تعد بمثابة المدخل الرئيس في تعليم الطفل المعاق المهارات الحسابية واللغوية والمعرفية، بالإضافة الى الفوائد الجسمية مثل تدريب الطفل على المرونة الجسمية، وتدريب عضلات اليد في امكانية الاستخدام الصحيح لها،

وتنشيط الذاكرة من خلال الانتباه والادراك، والترويح عن النفس، والقدرة على التوافق - التآزر الحركي البصري - وكذلك عملية التوازن الجسمي في ممارسة النشاط الرياضي. وعلى المدرب أن يراعي المحافظة على طاقه الطفل فينظم تدريبات مرحلية منها ما هو تدريبات ساكنة Static training ومنها تدريبات حركية Daynamic training، والتدريبات الساكنة لا تعني أن تطول مدتها خوفا من فتور الطاقة بالنسبة للأطفال وللمدربين على السواء، كما انه لا يجب اجهاد الاطفال أو إثارة أعصابهم بألعاب حركية (عنيفة)، وعلى المدرب ان يكون دائما قادرا على اعطاء التوجيهات المناسبة، ويجب ان يمثل التمرين (وقت ممتع) بالنسبة للاطفال، حيث يعتبر تغيرا في نمط الانشطه الاعتيادية للصف مما يجعل الوقت المخصص للتدريبات وقتا مميزا، فالقيود التنظيمية داخل غرفة الصف يقابلها حرية تنظيمية في الساحة الرياضية، فما كان ممنوعا داخل غرفة الصف، يسمح به في حريه افضل في المكان المخصص لممارسة النشاط، وبالمكان المناسب في مناخ جيد وزمن محسوب يتمكن الطفل من الخروج عن القيود المنظمة داخل الغرفة للصفية ليصبح شخصا لدية المرونه وحرية الحركية.

وعلى المدرب أن يستفيد من هذا الوقت المميز لمساعدة الطفل على تكوين صورة أكثر إيجابية عن نفسه، كما يجب على المدرب خلال فترة التدريب أن يبعث في نفس الطفل الشعور بالثقة في النفس، من خلال اعطائه اكبر فرص ممكنة للنجاح، وبالنسبة للزمن المخصص للتمرين يجب ان يكون وفق خطة مبرمجة اسبوعيا او شهريا بما يتفق مع تسلسل المهارات وتتابعية تنمية القدرات في ضوء امكانات الطفل العقلية والحركية، وبالنسبة الى البيئة الافضل للتدريب ينبغي ان يخصص لها مكان معين خارج غرفة الصف، فممارسة النشاط الرياضي في بيئة ممتعة للطفل لا تعني فقط تأدية نشاطات حركية لكنها تعني في المكان الاسمى تقوية الروابط الانسانية والارتقاء بتنمية المهارات الحركية، بهدف التفاعل الاجتماعي الفعال وتحسين التواصل وزيادة المشاعر لتحقيق الرغبات الشخصية والارتقاء بالسلوكيات والتصرفات مع المحيطين حوله.

وهنا يسعى هذا الكتاب في هذا الجزء إلى أن يساعد الطفل المعاق عقليا والقائمين على الارتقاء بشؤونه بمرونة التفكير في كثير من الامور ومنها الجسمية والعقلية والمعرفية والنفسية والاجتماعية والروحية ، والحركية ، وكلها دوائر متصلة متداخلة للارتقاء بتنمية المعاق وشخصيته والعمل على دمجه وقبوله المجتمعي، والتي يمكن تعليمها للطفل المعاق عن الطريق التعليم بالعمل Learning by Doing وهي احدى نظريات التعليم التي تكسب الطفل المعاق عملية التعليم الفعال.

# الفصل الثاني
## البيئة




التربية يجب ان تتضمن تقديم مواقف تجذب الطفل المعاق عقلياً الى اشعاره بالمشاركة مع من حوله، وبأن له دور يستطيع من خلاله ان يكون محل اهتمام وقبول المحيطين به سواء أكان ذلك في البيئة المنزلية او البيئة المدرسية او البيئة المجتمعية، ومن المؤسف القول بأنه لا توجد أسرة مهيئة لاستقبال طفل معاق ، فالوالدين عادة ما يتوقعون ولادة طفل طبيعي وهذا مبني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم في أسرهم وينظر إلى الطفل باعتباره الامتداد الطبيعي لهم، وهو من أهم عناصر هذه المؤسسة الاجتماعية، كما أن المجتمع من حولنا يقدم الدعم للأسر التي تضم أطفال طبيعيين، وهذا الدعم غير متاح للأسر التي تضم أطفالا يعانون من اعاقات عقلية.

فالبيئة المنزلية لها تأثير كبير في تكوين شخصية الطفل وبنائها، فنوع العلاقات السائدة في الأسرة بين الأبوين والأطفال تحدد وبدرجة كبيرة شخصيات الأطفال ويتفاعل الطفل مع مجتمع الأسرة اكثر من تفاعله مع أي مجتمع آخر خاصة في المراحل الأولى من عمره.

والطفل المعاق عقلياً يعتبر كسائر الأطفال يتأثر باتجاهات والديه نحوه، وتشكل شخصيته وفقا لأسلوب المعاملة الوالدية التي يتلقاها بغض النظر عن عدد ونوعية الأخصائيين الذين سوف يتعاملون مع هذا الطفل خلال حياته، فإنه لا يوجد هناك طرف أكثر التصاقا وأقوى تأثيرا على الطفل من أسرته، وعن طريق أفراد هذه الأسرة سوف يتعلم الطفل المعاق عقلياً الاستجابة للمثيرات وسوف يتعلم ثقافة المجتمع وطريقة التعامل مع الناس، وبالتالي فإن أفضل مرشد وموجه لهذا للطفل هو الاسرة، وبناء عليه فإن الحقيقة الأولى التي يجب أن نسلم بها هي تقبل الأسرة لهذه الإعاقة، وتجعل الطفل يتقبل إعاقته، ولا يتم هذا إلا بتقديم البرامج الإرشادية الملائمة لتأهيل أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وجعلهم يتأقلمون مع وجود هؤلاء الأطفال، ووجود وعي مجتمعي في اطار ثقافة الاختلاف.

إن وجود طفل يعاني من الإعاقة لدى الأسرة يسبب لها كثير من الضغوط والأزمات وعلى الرغم من أن بعض الأسر تتكيف مع ذلك الوضع، وبالتالي فإن الخدمات التي تقدم للأسرة لا تساعد الطفل المعاق فقط وإنما تساعد الأسرة بشكل جيد، حيث يظهر على الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مشكلات واضحة في الشهور الأولى من مرحلة الرضاعة، وعادة ما تكون الأم هي أول من يشتبه بوجود مشكلة ما خلال المراحل النمائية للطفل، ويتوجب على الوالدين أن يدركوا طبيعة الاعاقة، وفي حالة تشخيص الاعاقة العقلية فإن معالم الرعب والحزن تظهر عليهم لصعوبة التأقلم مع الفجوة ما بين الحلم والواقع، وتتفاوت ردود فعل الوالدين الانفعالية نحو طفلهم بتفاوت درجة الاعاقة وشدتها، كما انه توجد علاقة طردية بين ردود الافعال، وبين الوضع الاقتصادي والاجتماعي والثقافي وبالتالي تمر الأسرة بسلسلة من الردود الانفعالية تبدأ بالصدمة وتنتهي بالقبول والأمل.

ومن المؤشرات التي تدل على تقبل الوالدين لطفلهما:

1- محافظة الأسرة على العلاقات والروابط الاجتماعية.
2- تلبية الوالدين احتياجات أطفالهما دون تمييز.
3- التركيز على مواطن القوة للطفل بدلا من التركيز على مواطن الضعف.

المؤشرات التي تدل على عدم التقبل من الوالدين للطفل المعاق عقلياً:

1- التوقعات المتدنية من قبل الطفل.

2- الإصرار على تبني أهداف غير واقعية.

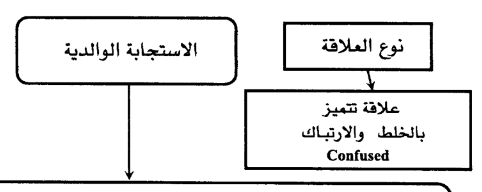
3- الهروب.

4- إخفاء الحقيقة من خلال تبني رأي معاكس غير واقعي.

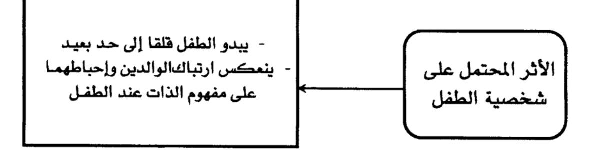
ومما سبق عرضه يمكن استخلاص جملة من العلاقات المحتملة بين الوالدين والطفل المعاق عقلياً حيث إن:

**الأباء الذين يمتلكون مهارات الحياة يجعلون الحياة لابنائهم سهلة ميسرة ممتعة ناجعة**

وتباين العلاقات يحتم توضحيها من خلال المخططات السهمية التسعه التالية:




يهتم الوالدان بالطفل لكنهم غير متأكدين من طرق التعامل مع مشكلات الطفل
- يحاول الوالدان عادة التعامل مع الطفل دون تحقيق نجاح
- يشعر الوالدان بالإحباط، والشعور بالذنب




**شكل (13)**

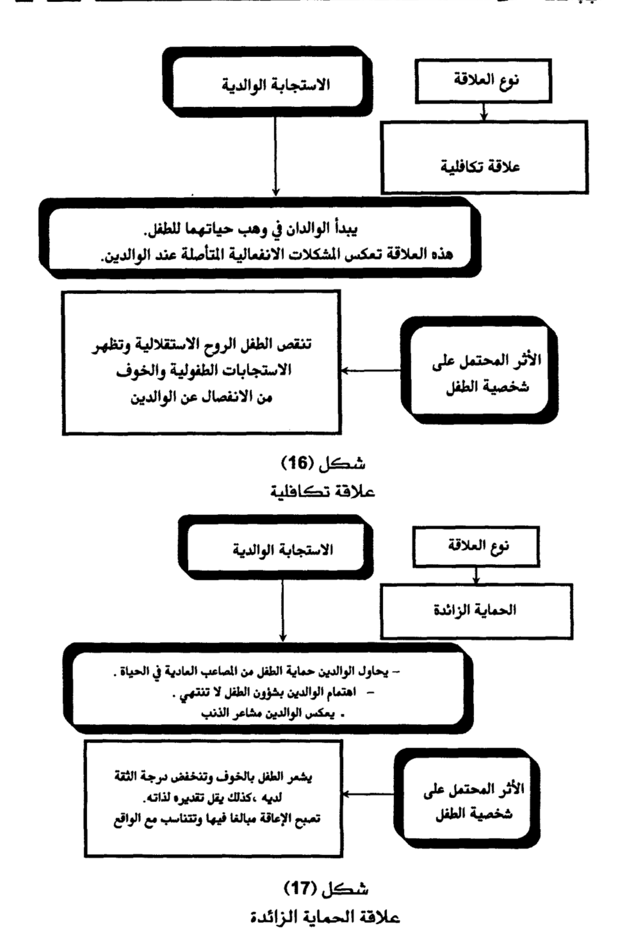
**علاقة تتميز بالخلط والارتباك**




شكل (14)
علاقة غير متسقة



شكل (15)
علاقة الإنكار




شكل (16)
علاقة تكافلية



شكل (17)
علاقة الحماية الزائدة



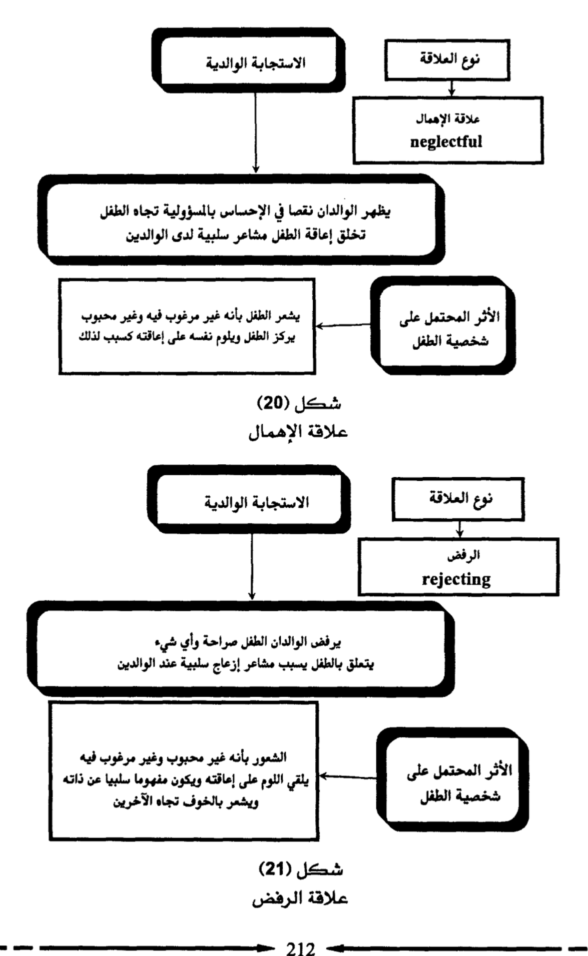

شكل (18)

علاقة الإفراط في التسامح



شكل (19)

علاقة سلوك التشدد في الجمود




شكل (20)
علاقة الإهمال



شكل (21)
علاقة الرفض

قام كريك وسوان (Craig & Swan, 2002) بدراسة تأثير وجود معاق في الأسرة على مستوى الضغوط النفسية للوالدين، وتلبية احتياجاتهم الخاصة، وتلبية احتياجات الأطفال، وعدم توافر وقت للعلاقات الاجتماعية، والمصادر المالية، ومتطلبات الوظيفة. بينما رتبها أباء الأطفال المعاقين كما يلي: المشكلات المالية، ومتطلبات الوظيفة، والعلاقات الاجتماعية، والمشكلات الأسرية، وتلبية احتياجاتهم أطفالهم، وتلبية احتياجاتهم الخاصة.

وفي دراسة قام بها يونغ يانغ (Young - Kyoung, 2002) عن الضغوط النفسية وأساليب المواجهة التي يستخدمها الآباء والأمهات الذين لديهم أطفال معاقون.

## دورة حياة أسر الأطفال المعاقين عقلياً:

تعيش أسر الأطفال المعاقين عقليا كل مرحلة من مراحل دورة حياتها Family Life - Cycle بدرجات متباينة من الصحة النفسية، ودرجة المرونة عند الاسر تسهم الى حد كبير في الطريقة التي ينمو بها الأبناء، فالحالة النفسية والمزاجية والاجتماعية والصحية والاقتصادية والثقافية والتعليمية التي يكون عليها الآباء تنعكس بكل تأكيد على حالة الابناء، والتاريخ السابق للأسر وما يعقبه من احداث الحياة وما يتعرضون له من ضغوط كلها أمور هامة في تحديد الاجابة عن التساؤل الرئيسي التالي: كيف ستتكيف الاسرة مع صعوبات دورة الحياة؟ وللإجابة على هذا التساؤل ينبغي النظر الى الدوائر الثلاث التالية:

**أولهما:** دائرة الضغوط.

**ثانيهما:** دائرة السياق الثقافي الاجتماعي.

**ثالثهما:** دائرة الوحدة.

ومن هذا المنطلق نورد جملة من الاضاءات حول كل دائرة من الدوائر الثلاث:

### أولاً: دائرة الضغوط Stressors

تواجه كل مرحلة من مراحل دورة الحياة مجموعة من الضغوط يمكن التنبؤ ببعضها، والبعض الآخر قد يكون طارئا نتيجة التغيرات الحياتية، وقد يستخلص مجموعة من العوامل الأكثر إثارة للمشكلات في كل مرحلة من المراحل التالية:

1- مرحلة الخلط والارتباك: عند ولادة طفل معاق أو الشك بوجود إعاقة لدى الطفل.
2- مرحلة الرفض والإنكار وعلاقة الإهمال: عند التشخيص وخلال فترات العلاج.
3- مرحلة الحماية الزائدة: عندما يقترب عمر الطفل من الدخول إلى المدرسة
4- مرحلة سلوك المتشدد والجمود او الإفراط في التسامح: عندما يقترب عمر الطفل من البلوغ، وعندما يقترب عمره من الحياة المهنية.
5- مرحلة علاقة تكافلية: عندما يبدأ التفكير حول حياة ابنهم المعاق عند وصول الوالدين الى سن الشيخوخة او الشعور بالمرض او الشعور بتدهور الحالة الصحية.

| كل شيء يتفق مع رغباتنا الشخصية يبدو مريحا<br>وكل شيء لا يتفق معها يجعلنا في اللاسوية |
|---|

ومن خلال استعراض المراحل السابقة فإن عدم القدرة على التعامل مع كل مرحلة يؤدي الى تباطؤ التكيف في دورة الحياة، على الرغم من أن كل مرحلة من هذه المراحل تمثل عاملاً ضاغطاً أساسياً بالإضافة إلى بروز عوامل اخرى عديدة ينبغي ان تواجه بالمرونة الذهنية والتكيفية.

### ثانياً: دائرة السياق الثقافي الاجتماعي

وتكمن فيها عوامل عديدة تؤثر على استجابة الاسر للأحداث، وفي مقدمتها التسلسلية عبر اجيال الاسرة والخبرات التي مرت بها، والعادات والاعراف التي تحكم هذه الاسر وتتباين هذه العوامل بتباين ثقافة الاسر، وهذا كله يؤثر على التقبل الاجتماعي social acceptance للمعاق، حيث إن عملية تكوين الصداقات والحفاظ عليها هي عملية ليست بسهلة عند الأطفال ذوي الاعاقة، والتقبل الاجتماعي يتضمن الترحيب والقبول بشخص جديد من قبل مجموعة الزملاء والرفاق، وهذا أمر مهم لا سيما عندما يشرع في

اجـراء عمليـة الـدمج المجتمعـي، و عكـس ذلـك قـد يـؤدي الى العـزل الاجتمـاعي، وتنبغـي الاشارة هنا إلى أن هنالك فرق بين العزل الاجتماعي والرفض الاجتماعي.

فـالعزل الاجتمـاعي: هـو ظـرف لايـتم خلالـه الانتبـاه للمعـاق، أمـا الـرفض الاجتماعي: فهو حدث عدائي حيث يتم رفض المعاق بشكل فعلي مقصود وذلك بسبب سلوكه المزعج أو نقص النظافة لديه. وكلاهما قد يسيران في اتجاه واحد وهي مرحلة الايوائية (الامام 2006).

**ثالثاً: دائرة الوحدة**

ويبدو من خلال هذه الدائرة ان المقصود بها هو الانفرادية، وفي هذه الحالة قد تصل الى تمحور الذات حول نفسه، ولكن المقصود بهذه الدائرة هو الثغرات التي تحدث في التكاملية التي ينبغي ان تكون عليها الاسر سواء على صعيد الاسر الصغيرة أو الاسر الممتدة، ومما لا شك فيه ان تراكم هذه الثغرات في خلال مدد قصيرة يسهم بدرجة كبيرة في تقطع وخلخلة الاسرة، مؤدياً الى حياة مثقلة بالمشكلات مما يؤدي الى صعوبات في التكيف وان تكون هذه الاسر للخطر، مما ينعكس اثر ذلك على المجتمع.

وفي إطار هذه الثلاثية للدوائر تتبين ضرورة تقديم الخدمات والدعم لأسر الأطفال المعوقين، وقد دعم بيلي (Baily. 2000) ذلك بناءً على الأسباب التالية:

1- أسر الأطفال المعاقين يعانون من الضغوط وبالتالي فإنها تحتاج إلى دعم ذوي الاختصاص.

2- قلة الوعي الاسري في كيفية التعامل والتفاعل بشكل جيد مع أطفالهم المعاقين.

3- عدم إلمام أسر الأطفال المعاقين بحقوق أبنائهم والخدمات المتوافرة.

4- المشاركة الأسرية تلعب دوراً فعالاً في البرامج العلاجية للطفل المعاق.

يشير الإمام (2004) إلى أن الآباء غالباً ما يشعرون بالضعف وقلة الحيلة عندما يظهر طفلهم المعاق والذي يبدو طبيعيا بعض السلوكيات السلبية المرتبطة بالمدرسة

وتظهر على هيئة الحزن، الإحباط، سرعة الغضب، عدم القدرة على النوم، ضعف الثقة بالنفس، تقلب المزاج، كما أن طول المدة بمعاناة الطفل من مشاكله المدرسية يزيد من احتمالية الاضطراب النفسي لدى الوالدين والمعلمين، وان المعرفة التامة لتقصي الحياة الاسرية يسهم في تغطية اهتمامات الاخصائيين في فحص العمليات الاسرية ودورها في المشاركة المدرسية ويحقق ذلك أركان المثلث الطبيعي والذي يتكون من التلميذ والوالدين والاخصائي وينبغي على الوالدين مراعاة tips for parents العلاقة المثلثية في إطار ما يلي:

1- تعلم أكثر عن الإعاقة العقلية أكثر مما تعرفه بحيث تستطيع مساعدة نفسك ومساعدة طفلك.

2- تشجيع الاستقلالية عند الطفل، ساعد الطفل على القيام بمهارات العناية اليومية مثل اللبس، الأكل، استخدام الحمام، والنظافة.

3- علم الطفل أداء المهارات بخطوات بسيطة، وقدم له تغذية راجعة، وعزز الطفل عندما يؤدي المهمة بنجاح.

4- تعرف على المهارات التي تعلمها الطفل في المدرسة، ثم هيئ الفرص ليطبق الطفل تلك المهارات في المنزل، مثلا إذا كان الدرس عن النقود خذ طفلك معك إلى السوبر ماركت.

5- ابحث عن مصادر النشاطات الاجتماعية مثل المخيمات الكشفية، ومراكز الاستجمام، والأندية الرياضية، ليشارك الطفل بها، وبالتالي تشجيع مهاراته الاجتماعية.

6- تحدث مع آباء أطفال المعاقين عقليا حيث يقدموا الدعم لك.

7- حافظ على الاتصال بالمعلمين والمدرسة، وتعرف على كيفية تدعيم تعلم الطفل في المدرسة وفي البيت.

وهنالك ثلاثة عوامل تبين أن الأطفال المعاقين عقليا يؤثرون على أسرهم:

1- خصائص هذه الإعاقة (طبيعتها، شدتها، متطلباتها) والتي تعمل على تشكيل ردود فعل الأهل اتجاه هذا الطفل، فقد وجد أن المشاكل الأسرية تزداد بازدياد أعمار الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.
2- خصائص الأسرة، تؤثر على ردود الأفعال مثلا (حجم الأسرة، الخلفية الثقافية، المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة).
3- الخصائص الشخصية لأفراد الأسرة (الصحة العامة، طريقة التعامل مع المشاكل).

إلا أنه يجب التنويه إلى أن كل أسرة تختلف عن الأخرى في نوعية ردود الأفعال وحدتها واستمراريتها وعملية تكييف الأسرة.

## أهداف برامج تفعيل المشاركة الأسرية:

1- أن تتعرف على مبادئ النمو الطبيعي، والمظاهر النمائية الرئيسية والتسلسل التطوري لدى الطفل.
2- أن تدرس مبادئ وأساليب تحليل السلوك التطبيقي.
3- أن تلم بطرق جمع البيانات وتسجيلها.
4- أن تدرك مبادئ علم النفس الفارقي.
5- أن تتدرب على اساليب المقابلة والملاحظة.
6- أن تتاح الفرص للآباء لممارسة التعليم وتوفير التغذية الراجعة لهم.
7- أن يتم توفير التقنيات والوسائل التعليمية المناسبة في المنزل.
8- أن تتم معرفة الألعاب المناسبة، والكتب، والمواد التعليمية الأخرى.
9- اتاحة الفرص للمشاركة في المؤتمرات والندوات التي تدور حول مواضيع تحظى باهتمام الآباء مثل صحة الطفل وتغذيته والحقوق القانونية للآباء.

## المبادئ العامة في تعليم الطلبة المعوقين عقلياً المهارات الحياتية:

إن نجاح عملية تعليم المهارات الحياتية للأطفال المعاقين عقليا يتحقق من خلال بناء علاقة ارتباطية موجبة بين المعلم والمتعلم (المعاق عقلياً)، وهذه العلاقة مبنية على التزام المعلم بعدد من المبادئ الهامة الأساسية وأهم هذه المبادئ:

القبول، الايمان، القدوة، الاطلاع، التمية، الفروق الفردية، الحكمة

1- أن يتقبل المعلم الفرد المعاق عقلياً تقبلا غير مشروط، بغض النظر عن مشاكله وظروفه، وهذا أساس لقيام علاقة تفاعلية تحترم شخصية وكرامة الفرد.
2- أن يكون لدى المعلم إيمان بأن الفرد المعاق عقلياً لديه استعدادات للنمو والتطور واكتساب المهارات.
3- أن يكون المعلم نموذجا للفرد المعاق عقليا كشخص قادر على تقديم احتياجاته في ضوء من الفهم لشخصية الطفل.
4- أن يكون لدى المعلم إمكانية الاطلاع على احدث الدوريات العلمية وما يدور في الندوات والمؤتمرات من افكار ودراسات حول الاعاقة العقلية.
5- أن يكون لدى المعلم قدرة في معالجة المشكلات التي يوجهها الأفراد المعاقين عقليا، وأن للفرد المعاق الحق في تنمية قدراته واستعداداته، وهذا يتوقف على القدرات والاستعدادات، ويتوقف على الاستراتيجيات التي يمتلكها المعلم، وهنا لا بد من تغيير زاوية التفكير لدى الاخصائين والمهتمين في مجال تربية المعاقين بصفة عامة، لأن الطفل المعاق عجينة قابلة للتشكيل وهذا يتوقف على قدرة وإيمان المهتمين، ولنكتفي بترديد ان التربية الخاصة تعمل وتتوقف إلى أقصى درجة ممكنه لدى الطفل ولكن بغض النظر عن درجة الإعاقة فينبغي ان نبحث عن التنوع في السعة العقلية وايسر الطرق لاكتساب المهارات الحياتية، والطفل المعاق قابل للتنمية بقبول البيئة المحيطة.
6- على المعلم أن يضع في اعتباره أن هناك نقاط قوة في قدرات الفرد المعاق عقليا، فعلى المعلم البحث عن هذه النقاط في المتعلم وأن يعطيه الحق في

المساهمة في اتخاذ قرارات تتعلق بشؤون حياته وشؤون البيئة من حوله ضمن مبدأ الفروق الفردية، وعلى المعلم أن يدرك المواقف الأولى مع المتعلم قد تكون صعبة، لذلك لا بد للمعلم أن يتفهم المتعلم (المعاق عقليا) والتباين في الاستعدادات والمهارات والقدرات.

7- ينبغي على المعلم في ظل التطور الحديث والتقدم المتسارع والثورة المعلوماتية، أن يقتبس منها بحكمة واقتدار الأساليب والاستراتيجيات والطرق التي من شأنها النهوض بالأشخاص ذوي الاعاقة، محاولاً البحث عن كل سبل دعم المعاقين عقليا لتستمر العملية التعليمية وإيجاد المناخ الملائم، لتحقيق النجاح في المجالات الشخصية والاجتماعية والمهنية وأن يدرك المعلم أن النجاح يلعب دورا في تقدم الأفراد وتقديرهم لذواتهم، مما ينعكس ايجابا على كل مناحي الحياة.

## برامج التفاعل مع الحياة للأطفال المعاقين عقلياً وأسرهم:

التفاعل مع الحياة: هو عملية تحدث في مواقف خاصة بين شخصين أو أكثر تهدف إلى تسهيل حدوث تغيرات في سلوك المعاق تمكنه من القبول الاجتماعي، والتأقلم مع الآخر، وبناءً عليه تتهيأ الاسرة للمشاركة المجتمعية الفاعلة والتي تؤدي الى الوصول لحلول مناسبة لمشكلات الطفل المعاق واحتياجاته.

### أهداف برامج التفاعل مع الحياة لأسر الأطفال المعاقين عقليا:

يمارس الأخصائي التربوي عمله مع أسر الأطفال المعاقين في إطار ثلاث مجموعات من الأهداف هي:

1- أهداف معرفية: الأسرة بحاجة لمعلومات تشخيصية حول طفلهم كحالة خاصة والاحتمالات المستقبلية لحالة طفلهم المعاق عقليا، ومعرفة المراكز والمؤسسات المتخصصة، والتي يمكن أن تقدم الاساليب والاستراتيجيات الصحية والتعليمية والاجتماعية المناسبة للحالة التي يكون عليها طفلهم بتباين نوع ودرجة وشدة الإعاقة.

2- أهداف انفعالية: تتركز على اهتمامات الاخصائي التربوي حول مخاوف الوالدين، والقلق، ووضع البرامج المناسبة لمواجهة المواقف الحياتية المتباينة، والتحصين من تسرب الشعور بالذنب والخجل الى نفوسهم.
3- أهداف سلوكية: ويتعلق ذلك بتصميم البرامج السلوكية والتي من شأنها زيادة الوعي الاسري حول السلوكيات المحتمل صدورها من الطفل المعاق وتباين هذه السلوكيات بتباين الحالات، والعمل على تزويد الاسرة بالمفاهيم الاجرائية، لنظرية تحليل السلوك التطبيقي، مع التوضيح للأسر ما هو السلوك المراد تعديله أو تشكيله بالنسبة للطفل، مع وضع خطط واضحة للأسرة وللطفل المعاق.

## أهداف برامج التفاعل مع الحياة للأفراد المعاقين عقليا:

تنادي معظم المنظمات العالمية بمبدأ التعليم للجميع والمدرسة الشاملة والمدرسة الدامجة، كل هذه المفاهيم تجتمع حول هدف واحد وهو قبول الافراد المعاقين من منطلق الانسانية والاختلاف، لذا ينبغي على التربية الخاصة أن تبرز أهداف العملية التفاعلية مع الحياة على النحو التالي:

- توفر الدعم الاجتماعي والانفعالي للأطفال المعاقين عقليا من خلال مبادئ علم النفس الفارقي، وتصميم الخطط التربوية الفرديةوالبرامج التدريبية الفردية والجماعية.
- المشاركة في إعداد وتنفيذ برامج التدخل المبكر الخاصة بالمعاقين عقليا.
- المشاركة في مواجهة مشاكل ذوي الاعاقة العقلية السلوكية والانفعالية وتكيفهم الاجتماعي.
- المساهمة في تنمية قدراتهم وفق السعة العقلية في تطوير واكساب المهارات الحياتية التي تساعدهم على الاستقلال وعدم الاعتماد على الآخرين.
- اكتشاف نقاط القوة لدى الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية ودعمها بهدف تقبلهم ودمجهم في المجتمع حسب درجة إعاقتهم.

- مساعدة الأفراد على التكيف مع الاعاقة وتوفير سبل الاستمتاع مع الحياة.
- التعرف على ميول الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية وتكوين الاتجاهات الايجابية لديهم نحو العمل من خلال التهيئة المهنية للطلبة المعاقين عقليا وتزويدهم بالمهارات اللازمة التي تمكنهم من البدء بالتدريب المهني المنتظم لاكسابهم مهارات تتناسب مع قدراتهم و إستعدادتهم، لتمكنهم من تقليل الاعتماد على الآخرين وتحقيق درجات الاستقلالية في حياتهم.

## الاقتراحات العملية لتكوين بيئة منزلية فاعلة:

البيئة المنزلية الفاعلة: هي التي تهيئ لكل فرد درجة من الوعي في كافة مناحي الحياة، ويؤدي ما عليه من تبعات اجتماعية وصحية وتعليمية، نحو نفسه ونحو اسرته ونحو المجتمع الذي ينتمي اليه، مما يحقق لنفسه جودة الحياة،فالبيئة وجودة الحياة مفهومان مترادفان.

فالبيئة الفاعلة: هي التي يخيم عليها جو من المحبه والتضحية والصدق، وتبغض جو التسلط والاحتقار والكلام اللاذع وعدم الاخلاص، وكل ذلك مؤشرات سلبية تعيق رسالة التربية الخاصة.

أما جودة الحياة: فهي الاستمتاع بأدوات البيئة المحيطة في اطار من القبول والمعرفة والحكمة وفق القيم الاخلاقية والعادات والتقاليد والاعراف التي تسود البيئة.

ومن خلال ذلك تتبلور مجموعة من المقترحات لتكوين بيئة منزلية فاعلة على النحو التالي:

- الاستماع إلى أفكار الأسرة والانجذاب نحو اهتماماتهم الخاصة.
- وضع استراتيجية عمل معرفية واجرائية مع الاسره والتعرف على المؤسسات التربوية والاجتماعية والصحية ذات الاهتمام بشأن الأفراد المعاقين عقليا.
- توعية اسر الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية بالتشريعات والقوانين وهي حق أصيل لهم كأفراد إنسانيين وليست من باب المنح أو الشفقة.

- على الأسرة تجنب مقارنة الطفل بإخوانه وأقرانه والاستمرارية في ملاحظة الحالة والمتابعة مع ذوي الشأن.
- تصميم دورات تدريبية لمتابعة المستجدات في مجال الاعاقة العقلية ومشاركة الاسر بفاعلية في هذه الدورات ضمن اطار الخدمة المجتمعية بعيدا عن مفهوم الربحية.

## إرشادات لأولياء أمور المعاقين في تعاملهم مع أبنائهم:

1- التفاؤل والمدح في توجيه الحديث معه.
2- الدعم العاطفي.
3- التحدث بالطريقة التي تشعر الابن بالدفء والحنان.
4- ان تكون نموذجاً يقتدى به في التعامل داخل الاسرة.
5- التشاركية بين افراد الاسرة في تحقيق رغبات الابن المعاق.
6- مراعاة الانسانية لا الشفقة في التعامل.
7- استخدم استراتيجيات متنوعة في تعلم طفلك مهارات الحياة.
8- توفير العاب عديدة بهدف تعرضهم لاكبر قدر ممكن من الخبرات الايجابية.
9- التعامل دون استهزاء او استهتار بشخصية طفلك.
10- عزز الثقة بالنفس عند طفلك.
11- امنح له حرية الاختيار من بين بدائل يحتاجها في يومه.
12- عزز لديه تعليم المهارات الحركية.
13- شجع على تعليم المهارات الاكاديمية.
14- نمِّ لديه حب الاصدقاء والتعامل مع الاقران.
15- تعزيز الطفل المعاق في استخدامه للوسائل والتقنيات التي تساعده على الاستمتاع بوقته.

## البيئة المدرسية:

تعتبر عملية التعامل مع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ومن بينهم الأفراد ذوو الإعاقة العقلية تحدياً كبيراً يواجه اخصائي التربية الخاصة، وكلما استطاع الاخصائي التعامل معهم بدمجهم ضمن مجموعات فيها طلاب عاديون كان أكثر نجاحا أخذا بعين الاعتبار تطبيق التعلم الفردي مع البعض لعدم ملائمة التعلم الجمعي مع البعض الآخر.

كذلك يجب على اخصائي التربية الخاصة قبل أن يبدأ بعملية التعلم أن يقوم ببناء علاقة قائمة على الثقة والتي هي بمثابة المرحلة الأولى في عملية التعلم، ومن الممكن أن تأخذ الثقة فترة زمنية طويلة حتى تتطور، ولكن من الممكن التسريع في ذلك إذا استخدم اخصائي التربية الخاصة أساليب فعالة لمساعدة ذوي الاعاقة العقلية للشعور بالقبول والاحترام، وإذا أظهر اهتماما حقيقيا بالمعاق عقليا الذي سيتعلم، فتدريجيا يثق بالاخصائي، إن عملية تعلم هذه الفئة من الأفراد عقليا تتطلب جهدا كبيرا من اخصائي التربية الخاصة، كما تتطلب كفايات معينة من المفروض أن يتمتع بها ليتعامل مع هذه الفئة من الأفراد بفاعلية تتبلور في تعزيز بيئة تعلم دامجة ذات دعم مجتمعي، تطوير بيئة تربوية دامجة، تكييف المنهاج ، ونورد ذلك على النحو التالي:

### أولاً: تعزيز بيئة تعلم دامجة ذات دعم مجتمعي

إنشاء مجتمع واحد للجميع وفقاً لأشكال الالتحاق بالمدرسة الاجتماعية والأكاديمية.

يتعلق الالتحاق بالمدرسة بالتعلم لكنه لا يقتصر على هعلم مواضيع اكاديمية فحسب، وتشكل المدرسة بالنسبة الى معظم الاشخاص المكان الذي تم التعلم فيه كيفية الاحتكاك بالناس غير المقربين وتشكل المدرسة جزء فرعيا من المجتمع، فتعرف الاطفال الى مجموعة من المواقف القيم والعادات والاخلاق والتصرفات التي تمكنهم من شق طريقهم في الحياة كأعضاء في مجتمعاتهم، وتعتبر التنشئةالاجتماعية للالتحاق بالمدرسة عنصرا اهم من التنشئة الاكاديمية بالمدرسة.

وبالنتيجة يستطيع الاطفال الذين لا يرتادون المدارس العادية ان يتعلموا القراءة والكتابة وان يحلوا مسائل حسابية وان يقرأوا الخرائط الجغرافية... إلخ، ولكنهم سيفتقرون الى الدمج الاجتماعي الذي توفره المدارس لسائر الأطفال بسبب عزلهم، وسترافقهم حالة العزلة هذه في مرحلة الرشد، ويستطيع الأطفال المعاقون أن يتعلموا على الصعيدين الأكاديمي والاجتماعي كسائر الاطفال، بل وقد يبدعوا في الصعيدين معا، وما من سبب يمنع طفلاً أو طفلة معاقة عقلية ان تبدع في فن الرسم او الموسيقى او قد تتوفق في حفظ بعض المقاطع الموسيقية، وقد يبهر البعض منهم بحفظ اجزاء كاملة من القرآن الكريم.

من عيوب التربية في مجال الاعاقة العقلية انها تركز على مالا يستطيع ان يفعله المعاقون عقليا، وهنا كل التركيز يكون على جوانب الاخفاق، ويذكر الإمام (2006) ان الدمج الاجتماعي كأنه طريق باتجاهين:

**الاتجاه الأول: الحاجة للآخر:** وهو طريق احتياج الأطفال المعوقين لأن يتقبلهم اقرانهم غيرالمعوقين.

**الاتجاه الثاني التأقلم مع الإعاقة:** وهذا الطريق ذو مبدأ في غاية الأهمية، حيث إن البشر خلقوا متجانسين غير متماثلين ولا يوجد شخصان متشابهان على الاطلاق، انما كل فرد يساهم على طريقته في المجتمع، ووجود اشخاص معاقين يعلم افراد المجتمع أنهم جميعا غير متشابهين وبالتالي يكون ذلك باعثاً لتقدير التنوع والتعاطف والاهتمام.

## ثانياً: تطوير بيئة تربوية دامجة

تحتاج المدرسة التي تعتمد سياسة التعليم للجميع الى ان تعمل على البيئة الطبيعية التي تشمل تربية كل تلاميذها، كما تحتاج الى تكييف المبنى، واعادة هندسة البيئة المدرسية بما يتلاءم مع طبيعة الإعاقة، كما تحتاج الى عملية تقييم شاملة لجميع البنى الطبيعية والهياكل الادارية والوظيفية.

وتحتاج المدرسة الشاملة إلى بيئة مادية يتم تزويدها ببعض التقنيات والبرمجيات الحديثة، وتوفير المساعدات التكيفية للتلاميذ المعاقين عقليا حيث ينبغي تعزيز المدارس الدامجة على الحصول لموارد بدون حد أقصى، لتحقيق المساعدات التي من شأنها العمل على تنمية وارتقاء الاشخاص المعوقين.

## ثالثاً: تكييف المنهاج

لا تضع الادارات المدرسية مناهج دراسة، بل تفرض عليهم المناهج الدراسية، من السلطات المختصة كالوزارات او الهيئات الخارجية وتقوم الإدارات المدرسية بتنفيذ هذه المقررات أو المناهج على التلميذ، وفي حقيقة الامر ينبغي تكييف هذه المناهج للتلاميذ بمراعاة مبدأ الفروق الفردية، وهنا تبرز مشكلة المعلم الفعال والمعلم المتأمل والمعلم الابتكاري، ودورهم في وضع الخطط الفردية لكل حالة من الحالات التي يتعاملون معها، وبصفة عامة فالمعلم بحاجة إلى المهارات المهنية المتجددة مما يولد لديه الثقة بإمكانية التعامل المتميز مع تلاميذ معوقين، ويعتمد نجاح المعلم على توفير بيئة مدرسية غنية مليئة بالمثيرات، وعلى مدى التزامه وإيمانه بأن العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، فالمدرسة تمثل حلا بديلا للمشكلة التربوية، والسؤال الذي يطرح نفسه في هذا الاتجاه هو، الى أي حد تساهم المدرسة في تنمية قدرات ومواهب الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية؟، والحقيقة أن الإجابة على هذا التساؤل المطروح، تتطلب دراسة علمية، تكشف عن مدى العلاقة القائمة بين ما يحصله الفرد المعاق عقليا في هذا النظام التربوي وقدرته على التفكير، فضلا عن تكوينه في الجوانب الأخرى من شخصيته، ذلك لأن شخصية الإنسان تبقى وحدة متكاملة غير قابلة للتجزئة، وخاصةً أن القدرة العقلية توجد لدى كل فرد، ويرى العالم" فيري وارن " ومعه" بينجهام " ان القدرة العقلية هي" القوة على أداء الاستجابة، وتشتمل على المهارات الحركية، كما تشتمل على حل المشاكل العقلية، كما ان القدرة العقلية ترتبط بالأداء، غير ان البعض وقع في الخلط بين الاستعداد والقدرة، وهو ما يعني انه لا فرق بين الاستعداد والقدرة إذا كان المقصود بالتدريب عملية (التعليم) بمعناها الواسع، وبالتالي تفاعل الفرد مع بيئته. أما قبل التدريب فإن القدرة العقلية تبقى مجرد استعداد يميل الى الجانب الفطري، وبهذا يظهر الفرق بين القدرة والاستعداد، والعبء كبير على معلم التربية

الخاصة، حيث إنه أهم ما في الموقف الصفي كنظام، فهو أهم مدخلاته إذ إنه ميسر ومنظم لعملية التعليم، وينبغي أن يعي بأنه صاحب رسالة لا مهنة، وإذا اجتمعت المهنة مع الرسالة علا من شأن المعلم وارتقت عملياته التدريسية والمهنية فأنتجت تلاميذ مقبولين اكاديميا واجتماعيا، ومؤهلين لسبر أغوار الحياة.

## الأخطاء الرئيسة التي يقوم بها المعلمون عند توصيل المعلومات للأسرة:

1- التأخير في تعريف المشكلة.
2- الفشل في تشجيع الوالدين.
3- إعطاء نصائح أكثر مما ينبغي في بعض القضايا مثل إقامة الطفل المعاق بالمؤسسات.
4- الفجائية abruptness.
5- التسرع hurriedness.
6- قلة وعدم الاهتمام بالأهل.
7- التردد في التواصل مع الأسرة (Baily,2000).

## معوقات العمل مع الأطفال المعاقين عقليا:

عادة ما يجد أخصائيو التربية الخاصة صعوبة في التعامل مع الأفراد المعاقين عقليا، وهناك عدة أسباب تعيق العمل في مراكز ومؤسسات الاعاقة العقلية، ومن أهم هذه المعوقات:

1- الإعداد والتدريب غير الكافي اثناء الدراسة وبعدها، والنقص في المعلومات.
2- محدودية أساليب واستراتيجيات التدريس التي يتدرب عليها المعلمون في دراستهم النظرية.
3- الاتجاهات السلبية ويترتب عليها الرفض والعزل والإنكار والإهمال في التعامل مع الأفراد المعاقين عقلياً.
4- فقدان دور المجتمع والمدرسة والأسرة كل على حدة وعدم إحداث التكاملية بين هذه المؤسسات.

5- التعاون غير الكافي بين المؤسسات المجتمعية في تقديم الخدمات الصحية والتربوية والنفسية للمعاقين عقليا وأسرهم.
6- تداخل المهام الوظيفية لدى بعض المعلمين في مدارس ومراكز التربية الخاصة.

## البيئة المجتمعية:

لتحقيق الهدف الأساسي لتفعيل البيئة المجتمعية نحو الاشخاص ذوي الاعاقات يلزم القيام بمحاولة جادة للتعرف على أهم وأبرز التحديات التي تواجه الاطفال ذوي الاعاقات في المستقبل، سواء أكانت تحديات مجتمعية تواجههم، وتواجه اسرهم، أو تحديات اسرية، أو تحديات تعليمية تعيق عملية التنمية المجتمعية فالأسرة والمدرسة أعز وأقدس وأقيم ما يتوفر لبناء المجتمعات المتماسكة والقوية.

ويذكر الامام (2008) انه عندما تتوافر مفاهيم التربية الخاصة نستطيع القول بأن المجتمع قادر على النهوض بمشاريع الحياة، وفي مقدمتها المشاريع التنموية، والعمل بروح الفريق بعيداً عن التعالي والمظهرية، وينبغي أن نعي بأن الإدارة الفاعلة صانعة الحضارة المهيمنة، وهذه دروس وعبر من قراءة التاريخ، وهذا ما ينبغي ان نتعلمه ونعلمه في التعامل مع ادارة شؤون الاشخاص ذوي الاعاقات، والانتقال من الإيوائية لهذه الفئة الى التنموية، وهذا ما تعاني منه مؤسسات ومراكز التربية الخاصة، وقد يرجع هذا الى:

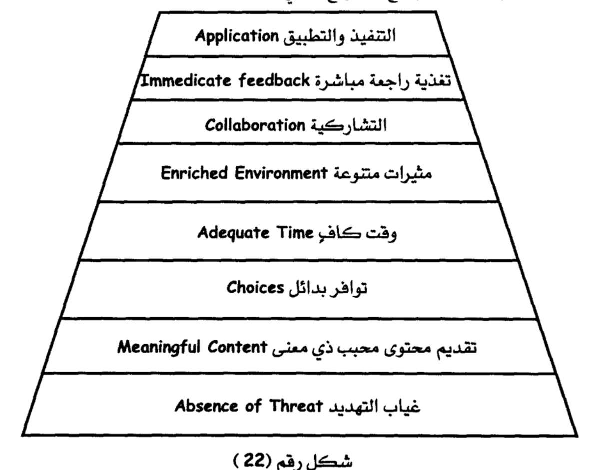
1- نقص الكفاءات الإدارية.
2- عدم المهنية في التخطيط.
3- تداخل في رسم سياسات التربية الخاصة.
4- عدم تناسب الأولويات مع الموارد المتاحة.
5- استبعاد الاجهزة الرقابية الحيادية الفاعلة من مهام التطوير والارتقاء والتحكم بهذه السياسات والمراجعة المستمرة لمستجدات العمل في مجال ذوي الإعاقات.
6- تهميش الموارد الذاتية بكل إمكاناتها وعلى اختلاف أشكالها.

كل ذلك يظهر جلياً للمراقب والمهتم من خلال عدم وضوح الرؤية، وكيفية تقديم الخدمات التربوية والعلاجية، فلا هي مجانية حكومية، ولا هي خاصة بالمستوى المطلوب، الأمر الذي يدفع المرء إلى عزل الأبناء أصحاب الاهتمام والرعاية الخاصة وإيوائهم داخل البيوت، فالقوانين والتشريعات في معظم البلدان العربية ما زالت عاجزة عن ضمان حصول الأبناء ذوي الاعاقات على حقوقهم التربوية، والعلاجية وتقديم الخدمات التنموية لهم لإشعارهم بالإنسانية في إطار مجتمعية رحيمة راقية على الرغم من صدور كُتب وكتيبات وإصدارات ومنشورات معبئة بالاقتراحات والبرامج والمشاريع التفاؤلية المطلوبة والمرغوبة والتي يأمل المعاقون وأسرهم بتحقيق أضغاث منها.

هذا فضلاً عن ضبابية تنفيذ الانظمة التربوية والعلاجية حيث غابت شروط القبول في مدارس التربية الفكرية على وجه التحديد، وإن كانت موجودة. كما غابت الأحقية في المتابعة الصحية والاستراتيجيات التعليمية التعلمية، ويؤكد الامام من خلال المشاركة في العديد من الندوات والمؤتمرات التي تميزت بحضور كثيف لأشخاص معاقين، أنه يفتخر بهم لأنهم افتخروا بأنفسهم، وطلبوا من الحضورحصرياً عدم الشفقة، وعدم النظر إليهم بالتعاطف، وعدم تسميتهم بذوي الاحتياجات الخاصة، بل رجو الحضور أن تكون تسميتهم الواقعية بالمعوقين بدلاً من التسميات التي في ظاهرها الرحمة، وفي الحقيقة تضمر باطنها بالإهمال والعذاب.

ويرى الامام (2007) أنه يجب أن يمعن المربون والمهتمون بذوي الشأن النظر والإبحار في سبر أغوار النفس البشرية وممتلكاتها حيث التباين الكبير فيها واضعين نصب أعينهم حاجات الاشخاص ذوي الاعاقات التي يمكن من خلالها تعليمهم على نحو أفضل عن طريق الذكاء الحركي والجسمي والموسيقي والاجتماعي، وهؤلاء الاشخاص ذوي الاعاقات هم المتعثرون داخل المجتمع، وهذه الفئة لا يصلح معها الانغلاق في التعامل ومحدودية الاستراتيجيات بل الانفتاح والتنوع والمرونة باستخدام استراتيجيات واساليب تعليم تتفق والفروق الفردية لدى هؤلاء الأشخاص، ومن هذا المنطلق سوف نجد الحلول لكثير من مشكلات التي تواجه الاشخاص ذوي الاعاقات، وتقل الحاجة إلى

فصول الاشخاص ذوي الاعاقات، وهذا ما أكده أولن (Oline، 2002)، على ان تحسين مهارات الحياة يزيد من احتمالية تكاملهم التام واندماجهم في المقبول في المجتمع وعلى الصعيد المدرسي والأسري، ويؤكد الامام (2007) أنه يوجد ارتباط طردي تام بين تقدير الاشخاص ذوي الاعاقات من قبل المجتمع وبين تفاعلهم الاجتماعي والتعبير عن رغباتهم ومشاعرهم واتجاهاتهم نحو التعلم، فقبول الاشخاص ذوي الاعاقات وإعطائهم التقدير يؤثر في كيمياء الدماغ، وكلما زاد فهمنا للأبنية المتضمنة لعمليات الدماغ فإننا نستطيع أن نبدأ بتطبيق تلك المعرفة لتحسين بيئات التعلم الجاد وهذه البيئات تنطلق من خلال عناصر متكاملة توضح بالنموذج التالي:

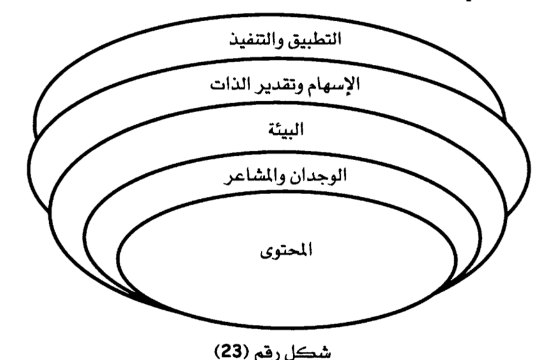



شكل رقم (22)

هرم الإمام في تحسين بيئات التعلم

يتضح من خلال شكل (21) أن هذه العناصر في حالة اتحادها يمكنها إحداث تعديل في سلوك الأطفال الصغار من خلال قناة التدريس الصريح للاستراتيجيات

الفعالة، وتوفير ظروف تعليمية ملائمة، وبشكل عام يمكن أن يصبح كل الاشخاص ذوي الاعاقات متعلمين فعالين لمهارات الحياة إذا زودوا بالاستراتيجيات الفعالة والمتناغمة مع عمليات الدماغ (Pennington,1998). وبذلك يتحول التركيز في التقييم من كم إلى نوع التعلم، ويرى كل من ستروس وويمر (Swanson,1999) أنه يجب التركيز على ما الذي يعرفه الشخص، ومشاعر الشخص نحو ما يتعلمه، وكيف يربط الاشخاص ذوي الاعاقات ما يتعلمه بما حوله، وكيف يعالج المعاق البيانات التي أمامه وحوله وكيف يوظفها؟ وللاجابة على هذه التساؤلات يمكن النظر والتمعن في العناصر المكونة بالشكل التالي:




شكل رقم (23)

يوضح عناصر التناغم لتعلم أفضل

نستنتج من الشكل رقم (22) ان أي خلل في المحتوى يؤثر في الوجدان و المشاعر من خلال شعور الاشخاص ذوي الاعاقات، و احساسهم بعدم المقدرة على مسايرة ومتابعة واحتواء المحتوى، وبالتالي عندما تهتز المشاعر ينتاب الاشخاص شعور بعدم القبول في البيئة مما يسهم في تدني تقدير الذات، ويصبحوا غير قادرين على تفعيل دورهم في المجتمع، وعناصر التناغم لتحقيق التعلم الأفضل ما هي إلا سلسلة متصلة

الحلقات لا يمكن أن تنفصل حلقة عن غيرها ، وإلا حدث انفصال في تكوين التعلم الأفضل والمستهدف لمناحي التنمية طبقاً للفروق الفردية واستثمار كل الطاقات، مهما كانت درجة الإسهام حيث يستطيع الاشخاص ذوي الاعاقات الذين يمكنهم المرور بهذه الحلقات استرجاع الجوانب الهامة ، من معرفتهم بقليل من الجهد والتركيز، وذلك نتيجة اكتساب المعرفة التي تؤثر في الأشياء التي يلاحظونها ، وهذا هو ربط الاشخاص بما يتعلمونه من حولهم وكيف ينظموا ويحللوا ويفسروا المعلومات المتوافرة في بيئتهم، وهذا بدوره يؤثر في قدرتهم على التذكر والتصنيف والاستدلال وحل المشكلات (Swanson, 1998)، فالأبعاد الادراكية Perceptual تتأثر بالعناصر الجسدية والحسية التي تعكس استجابة الجسم للمثيرات الخارجية وتشمل مدى Range من العناصر الادراكية: البصرية والسمعية والحسية والحركية ويمكن قياسها باختبارات أساليب التعلم (مدخل الذكاء المتعدد) والأبعاد المعرفية Cognitive تشير إلى طرق الاشخاص ذوي الاعاقات في استقبال وتخزين واسترجاع وتحويل وانتقال المعلومات ويمكن قياسها بالاختبارات الكمية او النوعية المتنوعة، والأبعاد العاطفية Affective.حيث يشمل هذا البعد جميع جوانب الشخصية.

ويعكس كل من طرق الاشخاص ذوي الاعاقات في التفاعل الاجتماعي، من خلال تقوية الرغبة بمنح الحب غير المشروط و الدخول في رابطة صداقة منعمة بالثقة بين جميع الاطراف، والى خلق التحدي لدى متلقي الرعاية لتغيير طبيعة حياته نحو الأفضل.

ويرى الإمام (2007) إن أفضل طرق تعليم الاشخاص ذوي الاعاقات، هي التي ترحب بتكامل العديد من الفضائل والممارسات في الحياة اليومية، بمعنى التعبير عن اتصالنا الكلي بكلماتنا، وإيماءاتنا، وحركتنا، وأحاسيسنا الداخلية، فينبغي من خلال ذلك كله ان يشعر هؤلاء الاشخاص ذوي الاعاقات بأنهم يستحقون الاهتمام بغض النظر عن اعاقاتهم وماضيهم وتجاربهم داخل المجتمع، ويعتقد بأن هذا هو

الاكثر نجاحاً معهم، ولكن ما يمكن ان يكون مختلفاً هو الطريقة التي تشكل بها الدروس تشكيلاً يتلاءم مع حاجاتهم في ضوء مبدأ الفروق الفردية.

وبناءً على ما تقدم يمكن طرح مجموعة من التساؤلات حول الاشخاص ذوي الاعاقات:

- ما هو تصور علوم المستقبليات لأهم تحديات الاشخاص ذوي الاعاقات؟
- ما أهم الخصائص والسمات اللازمة للاشخاص ذوي الاعاقات؟
- بين أهمية وحتمية البدء في كافة الجهود اللازمة لتنمية مهارات الحياة للاشخاص ذوي الاعاقات والإسراع من معدل نموهم العقلي مبكراً ما أمكن في عمر الطفل خلال مرحلة ما قبل المدرسة على وجه التحديد وفي المراحل النمائية المتتالية.
- اذكر أهم الطرق والأساليب والاستراتيجية اللازمة لإعداد الاشخاص ذوي الاعاقات للمستقبل وإكسابهم أهم الخصائص والمواصفات اللازمة للتعامل مع التحديات.
- بين دور الأسرة والمدرسة ومختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية في إعداد الاشخاص ذوي الإعاقات للمستقبل وإكسابهم مختلف الخصائص والسمات اللازمة لمواجهة ما يفرضه من تحديات؟

ومن هذا المنطلق نوجه نداء إلى المخططين لسياسات الارتقاء بالأشخاص ذوي الإعاقة، وهو أن نغير ما اتصفنا به من أننا من أصحاب النفس القصير، والتخطيط السنتمتري إلى أصحاب النفس الطويل، والسياسات المستقبلية للأجيال القادمة وإنشاء مكاتب تقوم على متابعة التنفيذ لما خططوا إليه وما أنفقوا عليه وما أجهدوا أنفسهم فيه.

وعلى الرغم من أن لدينا مؤسسات ومراكز أنشئت بهدف العناية بالاشخاص ذوي الاعاقة، ونظرياً لدينا أخصائيين في المجالات المتباينة للإعاقة ومنهم كفاءات على قدر كبير من التميز، وفعلياً تم وضع التشريع الراقي في التعامل مع ذوي الإعاقة،

ولكن ما نراه على أرض الواقع أن بعض مراكز التربية الخاصة قامت بتوظيف من يدعون التخصصية واتجهت إلى نظام الربحية الذي يقوم على استقطاب الحالات دون أدنى عطاء تربوي مناسب، و دون خطط تعليمية فردية، وارتكنت إلى الإيوائية ـ حتى يقضي الله أمراً كان مفعولاً ـ وفي هذا تتحقق قاعدة (فاقد الشيء لا يعطيه) وتحولت هذه المراكز إلى نظام يهدف إلى التجميع المالي لا تجميع القلوب التي تهوى المشاركة في تحقيق الرسالة، وإرساء مبدأ التطوعية، وإعلاء الخدمة المجتمعية.

ومع الأسف الشديد نجد أن بعض أولياء الأمور يشاركون في تدعيم الإيوائية وهنا نطرح تساؤلاً مضمونه: هل أولياء الأمور يشاركون في تدعيم الإيوائية عن قصد أم عن عدم العلم؟! وأعتقد أنه يجب على التربويين والمتخصصين إيضاح هذا الأمر بأن هناك فرقاً بين الإيوائية والتنموية، فهدف المراكز يجب أن يكون هدفا تنمويا و ليس إيوائيا، فالمنحى الذي يأخذه بعض أولياء الأمور وهم في غفلة منه هو وضع فلذات أكبادهم في مراكز الإيواء لراحة نفوسهم وأجسادهم بعض الوقت وهنا وضعوا أنفسهم في مكمن الغش في الأمانة، وتخلوا عن الرعاية متناسين أن كل راعٍ مسؤول عن رعيته.

وقد نلتمس لهم العذر لأنهم في غياب عن المعرفة النظرية التي لا تتأتى إلا من خلال الاطلاع على ما توصلت إليه نتائج الأبحاث و الدراسات المنشورة في المجلات العلمية في حقل ذوي الصعوبات الحياتية، و كذلك من خلال الرجوع إلى الكتب النوعية المتخصصة، والمتابعة المتواصلة لكل ما هو جديد على شبكة المعلومات، والاطلاع على التجارب العالمية في مجال الإعاقة محل الاهتمام، والالتحام مع المتخصصين أصحاب رسالة التربية الخاصة، لامهنة التربية الخاصة، حيث يوجد فرق كبير بين الرسالة والمهنة.

وعليه فإنه ينبغي المزيد من الارتقاء بالوعي المعرفي و تعديل الاتجاهات نحو قضية الإعاقة التي تعد واحدة من القضايا الانسانية الهامة التي تشغل حيزاً كبيراً من اهتمام كافة المجتمعات، إذ إنها تشكل نسبة لا بأس بها من مجموع سكان العالم، حيث

يوجد ما يزيد على **700** مليون شخص معاق في العالم، وأكثر من **10** مليون معاق في وطننا العربي، وقد جاء قانون حقوق الاشخاص المعوقين الأردني تتويجاً لفكر هاشمي أخلاقي عظيم لتحقيق كرامة الانسان من خلال تشجيع مبدأ التطوعية في إطار الرعاية، والتعزيز للمؤسسات المحلية والأجنبية وإنشاء المؤسسات الرسمية، والهيئات التطوعية المتخصصة والتي بدأت بجمعية الحسين لذوي التحديات الحركية، وجمعية الصداقة للمكفوفين، وجمعية الصحة النفسية، ومؤسسات العناية بالشلل الدماغي، ثم توج ذلك بالاهتمام الأكاديمي، وظهور مفاهيم المدرسة الشاملة، وإنشاء عدد من البرامج لإعداد العاملين المتخصصين مع المعوقين سواء أكان ذلك على مستوى الكليات المتوسطة أو الجامعية، و كل هذه المجهودات أدت الى وضع تشريعات خاصة فكان القانون رقم **(12)** الذي تم إقراره عام **1993** ليمثل نقطة انطلاق لبلورة الفلسفة التربوية والاجتماعية تجاه الافراد المعاقين وأسرهم، وكذلك أسفرت هذه المجهودات عن وضع استراتيجية وطنية للإعاقة، والعمل على تنفيذها، وإقرار الاتفاقية الدولية لحقوق الاشخاص المعاقين، و صدور الإرادة الملكية السامية بالموافقة على قانون حقوق الأشخاص المعوقين رقم **(31)** لعام **2007**.

وأقول إننا بقدر حاجتنا لتأمين العيشة الكريمة لهؤلاء الأفراد (ذوي الإعاقات)، فإننا بحاجة إلى البطاقة التعليمية والتأهيلية والعلاجية لهم ولأسرهم بالقدر ذاته من الأهمية، واستمراراً للمشروع الوطني للارتقاء بالإنسانية ورفع مستوى الاداء والخدمات المقدمة لهذة الفئات، تم إنشاء المركز الوطني الشامل لتشخيص الإعاقات، والسجل الوطني للإعاقة، والتدريب المهني في التأهيل والتشغيل، والتعليم بمختلف مراكز التأهيل الشامل لتقدم المعينات، والأدوات وتلبية احتياجات أسر هذة الفئات مجاناً، والتوسع في اعتماد المؤسسات، والمراكز التي تقدم خدماتها مع ضبط جودة هذه الخدمات والبرامج المقدمة تبعاً للنوعية مع تشجيع الأنشطة، والمشاريع ودعمها في إطار الإحصاءات الجادة، فهي ليست مجرد أرقام بل قراءة للأرقام، فالقراءة الحقيقية للأرقام تشكل عائداً اقتصادياً، ولا تشكل عبئاً اقتصادياً، وهي تهدف إلى إيجاد بيئة

آمنة يتمتع فيها الأشخاص المعوقين بحياه كريمة، ومستدامة تحقق لهم مشاركة فاعلة قائمة على الإنصاف، والاحترام بهدف زيادة مساهمتهم في الاقتصاد الوطني.

كما يتطلب الأمر كذلك تحديد أهم المواصفات والخصائص والسمات المطلوب توفيرها وتنميتها لدى الاطفال ذوي الاعاقات ليكونوا قادرين على التعامل مع هذه التحديات، وبسبب ما أكدت عليه مختلف الأطر النظرية المتعلقة بدراسة احوال الاشخاص ذوي الاعاقات وتنميتهم، من أن هناك اتفاق بين العلماء والمتخصصين في مجال النمو النفسي وعلم النفس المعرفي وعلم النفس الاجتماعي وعلم النفس الاكلينيكي، وغيرها من المجالات المعنية، على أهمية وحتمية بدء كافة الجهود اللازمة لتنمية الاطفال ذوي الاعاقات في مختلف جوانبهم، وبشكل خاص تنمية مهارات الحياة والاسراع من معدل نموهم العقلي مبكراً ما أمكن في عمر الطفل، حتى تُحقِق هذه الجهود الأهداف والنتائج المرجوة منها وتكون استفادة الأطفال استفادة فاعلة.

بالإضافة لما تقدم وجد أنَّ من الضروري توضيح دور كل من الأسرة والمدرسة وباقي مؤسسات التنشئة الاجتماعية في تحقيق ذلك، وبشكل خاص في بناء الأساس القوي السليم لشخصية الاطفال ذوي الاعاقات، وقد يتطلب القيام بهذه المهمة إلقاء نظرة فاحصة على الأوضاع الراهنة لكل من هذه المؤسسات وتوضيح ما إذا كانت كل منها بأوضاعها هذه قادرة ومستعدة لتحقيق المهام المطلوبة منها.

ولن ننجح في تأهيل أطفالنا التأهيل اللازم ما لم تتكاتف الجهود للنهوض بأهم مؤسستين للتنشئة الاجتماعية والتربية ألا وهما الأسرة والمدرسة، حيث إن هاتين المؤسستين بأوضاعهما الراهنة ليستا قادرتين ولا مستعدتين لتحقيق ما نتمناه من إعداد لأطفالنا ذوي الإعاقات، وكذلك لأنه دون إصلاح حال هاتين المؤسستين فليس بالإمكان بحال من الأحوال إعداد أبنائنا ذوي الاحتياجات الخاصة للاستمتاع بالحياة للمستقبل.

ومن الضروري أن نوضح هنا أن إصلاح أحوال الأسرة والمدرسة ورفع كفاءتهما وتمكينهما من تربية وتنشئة وتنمية أطفال الاحتياجات الخاصة وإعدادهم لحياة افضل يتطلب العمل على مرحلتين أو في خطين متوازيين هما :

- العمل قصير الأجل والفوري بالسعي لتوجيه وتوعية وإرشاد الأسر في المرحلة الراهنة بطرق وسبل تربية أبنائهم ذوي الإعاقات العقلية، وإعاقات النمو الشامل، وإعاقات التعلم، وتنشئتهم وتنميتهم وإعدادهم للمستقبل، وبالنسبة للمدرسة السعي لتنظيم وتخطيط وتنفيذ الدورات التدريبية المكثفة للمعلمين والقائمين على المدارس في محاولة لرفع كفاءتهم وزيادة قدراتهم ومهاراتهم وتمكينهم من تطبيق البرامج والمناهج التربوية بقدر ماهو ممكن عملياً.
- أما الإصلاح الحقيقي العميق طويل الأجل فلا يتحقق بالنسبة للأسرة إلا بإعداد الأطفال ذوي الإعاقات للمستقبل، ولمجابهة تحديات الحياة، وفي حالة المدرسة يتطلب الإصلاح طويل الأجل والوقائي عن طريق تطوير مناهج ومقررات إعداد معلمي التربية الخاصة، هذا بالإضافة للتطوير الحقيقي والجذري للمناهج ليصبح الهدف منها تأهيل وتعليم الأطفال ذوي الإعاقات كيف يفكرون وكيف يتمتعون بمعيشتهم ويستمتعون بحياتهم.

# الفصل الثالث
# القــــدرات
# (Abilities)

تتأثر حياة الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية بعوامل عدة، منها ما هو متعلق بخصائص الفرد الجسمية والعقلية وقدرات الفرد وإمكاناته، ومنها ما هو مختص بالعوامل الاجتماعية كالتنشئة الأسرية، ومدى تقبل الفرد لذاته وتقبل الآخرين له وعلاقاته بهم، حيث تعد جودة الحياة للاشخاص ذوي الاعاقة ضرورة ملحة لصحتهم وسلامتهم النفسية والعقلية، كما يساهم التدريب على مهارات الحياة الاشخاص ذوي الاعاقة في تحقيق ذواتهم والسيطرة على شعورهم من القلق والاكتئاب، وترتبط عملية التعلم بعمليات عقلية كثيرة ومنها: التذكر والنسيان، التصور والتخيل، الادراك والانتباه، تداعي المعاني، والاستدلال، والاستنباط، والاستقراء، كما ترتبط جودة الحياة بفعالية الفرد الإيجابية والتكيف الشخصي وشعوره بالسيطرة والتكيف مع تقدم العمر، مما يؤدي الى تقدير ذات مرتفع، حيث يلعب تقدير الذات دوراً مهماً في العلاقات الاجتماعية.

ويمكن تناول هذه العوامل على النحو التالي:

**الخصائص الجسمية:**

وبقصد فيها صورة الجسم وما تحويه من خصائص، الطول، الوزن، المظهر العام، وخلوها من الملامح غير المألوفة لدى عموم الناس، والتي قد تؤدي الى شعور الفرد ذو الإعاقة بالاختلاف عن الآخرين، مما يدفعه الى النظر في ذاته والذي قد يصيبه بالاحساس بسوء نظرة الاخرين له لانتقال الطاقة السلبية التي في عيون الآخرين إلى ذاته فيصاب بالدونية مما يؤدي الى تدهور تقدير الذات لديه.

ومن هذا المنطلق تبرز أهمية صورة الجسم في مستوى تقدير الذات لدى الفرد، إذ إن الملامح غير المألوفة تقود الاشخاص ذوي الإعاقة إلى الشعور بالنقص والدونية وتحول دون تحقيق النمو السوي لهم، كما يتأثر الاشخاص ذوي الإعاقة بنظرة الآخرين نحو إعاقتهم أكثر من تأثير الإعاقة نفسها على الفرد. وبالتالي فإن وجود خلل في صورة

الجسم له دورٌ سلبي في التأثير على تقدير الذات، ويزداد هذا التأثير لدى الاشخاص ذوي الاعاقة لأنهم أكثر حساسية وأكثر إدراكاً لاتجاهات الآخرين نحوهم.

## الذكاء Intelligence:

تشير أدبيات التربية الخاصة فيما يتعلق بمتغيرات الذكاء إلى تضارب وجهات النظر حول مدى تأثير الإعاقة العقلية في القدرات العقلية العامة على الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الإعاقة العقلية لها تأثير سلبي على مستوى المهارات الحياتية لدى الفرد المعاق عقلياً.

وتؤثر القدرة العقلية العامة على إدراك الفرد لذاته، وإدراكه لاتجاهات الآخرين نحوه، إذ تتأثر نظرة الفرد لذاته بما يحققه من نجاح أو إخفاق، ومن انطباعات وتفاعلات وردود الأفعال التي يعيشها الفرد في حياته، ما يؤثر في مستوى تقديره لذاته، وبتباين تعريفات الذكاء يتباين التعامل مع الاشخاص ذوي الاعاقة العقلية.

فقد عرف الذكاء باعتباره فعالية نفسية تظهر في مواقف و مستويات مختلفة ومتفاوتة، منها القريب والتي ترتبط ارتباطا وثيقا بالحياة البيولوجية، والبعيد والتي ترتقي إلى أعلى درجات التفكير، وعلى اختلاف مظاهره وتفاوته، فإنه يحقق أغراضا ثلاثة هي: التكيف و الإبداع والفهم، وينظر إلى الذكاء: على انه القدرة على اكتشاف الصفات الملائمة للأشياء و علاقتها بعضها بالبعض.

كما أنه القدرة على التفكير في العلاقات، أو التفكير العملي الذي يتجه إلى تحقيق هدف ما، ولدى البعض ينظر للذكاء على انه: ملكة التركيب والتنظيم والتكيف. ولدى بعض الآخرين: فهو القدرة على صنع الآلات أو التعامل معها، وسبيرمان يقر على انه القدرة على إدراك العلاقات و المتعلقات، ويذكر بأنه القدرة على التعلم أو التكيف في المواقف الجديدة، والذكاء هو القدرة على المعرفة والفهم.

### أساليب تنمية الذكاء:

إن تعليم الأطفال بالأساليب والاستراتيجيات الملائمة يساعد الى حد كبير، على تحقيق نتائج جيدة في تذكر معلوماتهم، وقد تثبت جدوى هذه الأساليب حيث تعتمد على الفهم و التنظيم لمحتوى المادة المدروسة، ومن أهم الأساليب:

**أولاً: التكرار Frequency**

ويعتبر طريقة مناسبة للحفظ إذا توافرت بعض الشروط التي تبعد الحفظ الآلي. لذلك لابد من الاستخدام العقلاني للتكرار، والتكرار الموزع أفضل من التكرار المتلاحق وينبغي مراعاة عاملي التعب والملل اللذين يشتتان الانتباه، ولا يجوز ان يكون التكرار آليا بل مصحوباً بنشاط عقلي يتمثل في الانتباه والفهم وربط الاجزاء في تنظيم عقلي يبرز تسلسل الافكار، وترابطها كما يربطها بالخبرات السابق.

**ثانياً: فن الجرافيك Graphic Art**

الإنسان البدائي في الصين هو أول من استخدم فن الحفر على الصخور والعظام وعلى الأواني الفخارية، لعمل الزخارف الخاصة لطباعة الأقمشة وكان نوع الحفر المستعمل هو الحفر على الخشب، ويرجع تاريخ أول صورة ظهرت في الشرق مطبوعة على ورق من لوح خشبي محفور إلى سنة **868** ق.م، وكانت من عمل الصينيين، واختراع آلة الطباعة كانت على يد الألماني جوهان جوتنبرغ، وتتابعت التطورات حتى اختراع الكمبيوتر الذي يعتبر الثورة الحقيقية في التصميم الجرافيكي.

لم يكن فن الجرافيك يمارس أو يعرف عبر العصور كفن خاص، له مقوماته إلا في بداية القرن العشرين، وإن كان قد ظهر في عصور سابقة في تطبيقات محددة كطباعة المنسوجات من خلال (كليشيهات "قطعة خشبية رقيقة محفورة")، كذلك استخدمت بعض أنواع الحفر الحمضي على المعدن عند العرب وذلك لزخرفة الأسلحة.

وفي البلاد العربية، وتحديداً في مصر، لم يكن فن الجرافيك يمارس أو يعرف فيها خلال تاريخها الفني عبر العصور كفن خاص له مقوماته إلا في بداية القرن العشرين، وإن ظهرت في عصور سابقة وعلى وجه الخصوص في عهد الفاطميين، والتي استخدم في طباعة المنسوجات، وهي عبارة عن "كليشيهات" محفورة من الخشب بطريقة الحفر البارز، وهي على شكل مربعات أو مستطيلات خشبية صغيرة بها سطح محفور تستعمل لطباعة وحدات زخرفية لتزيين المنسوجات.

واكتسب هذا النوع من الفن خصائص مميزة وفريدة عن سائر الفنون التشكيلية في نتائجها، كما أتاحت له طبيعته التي تفرد بها انتشاراً ووصولاً إلى الناس في كل المواقع لتشارك الجماهير بالرأي والتوجيه والنقد الاجتماعي، وتحقق لهم المتعة الوجدانية والشعورية.

وقد تعرض فن الجرافيك لعدة مسميات باعتباره فنا حديثا، واختلف في سائر بلدان العالم بين أربعة مسميات هي:

- فن الحفر.
- الفن المطبوع.
- التصميم المطبوع.

إن استخدام الرسوم والمخططات والرسوم الهندسية والصور القائمة على اساس الشرح الكلامي، والنشاطات الفنية والزخرفية من اهم الوسائل في تنمية مهارات الحياة لدى الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية.

## الإدراك Perception:

نشأت النفس البشرية بتباين التفكير وتكوينه من الله عز وجل، حيث يتبين الاختلاف في عمليات الإدراك العقلية بين بني البشر، وقد يرجع ذلك إلى صعوبات في الانتباه والتذكر، والاختلاف ما بين القصور، والخلل، فالقصور يظهر في ضعف القدرة على معرفة المثيرات التي تقع في نطاق الحواس والتمييز بينها، أما الخلل فيظهر في الهلاوس السمعية والبصرية وغيرها والتي هي إدراك لأشياء وأصوات لا وجود لها في الواقع المحيط.

فما يدرك ليس مجموعة من الإحساسات الحسية التي تفتقر إلى المعنى، فالحرف والكلمات وإشارات المرور وأصوات سيارات الإسعاف أو الشرطة أو النجدة، كل هذه المثيرات الحسية ليست رموزاً خالية من المعنى، فكل من هذه الإحساسات أو المثيرات لها معنى خاص، يدرك نشاط عقلي يقوم به العقل للربط بين هذه الإحساسات والمثيرات مكونا ما يمكن تسميته بجشتلط الإدراك.

ومن هذا المنطلق يمكن تعريف الإدراك بأنه " العملية التي تنظم بواسطتها المستقبلات الحسية وتتشكل في خبرات ذات معنى". والإدراك يتضمن اليقظة والتحري نحو المؤثر، أي توجيه أداة الاستقبال الحسية تجاهه، والتمييز بين منبهين مختلفين.

وبشكل أكثر تحديدا الإدراك الحسي Perception مصطلح يطلق على العملية العقلية التي نعرف بواسطتها العالم الخارجي الذي ندركه وذلك عن طريق المثيرات الحسية المختلفة، يدرس الإدراك الحسي بطرق تتراوح من البيولوجية إلى النفسانية حتى الطرق التجريدية مثل التجارب الفكرية Thought-Experiment لفلسفة العقل، وبتنقية الرسائل الواردة إلى القشرة الدماغية، والتعرف على هذه المستقبلات وتفسير هذه الرسائل، فعملية الاستقبال، والتفسير والاختيار و تنظيم المعلومات الحسية هي ما ندعوه بالإدراك الحسي

والإدراك هي عملية معرفة الشخص للفعل ونتائج الفعل وأثره وأهميته على الغير، بمعنى إذا أدرك الشخص فعلا ما، فإنه على دراية كاملة لما يترتب على هذا الفعل، وهو العملية التي يصبح الأفراد من خلالها على وعي بالبيئة المحيطة بهم من خلال تنظيم وتفسير الدلالات والشواهد التي يحصلون عليها عن طريق الحواس .

وترى إلس (Ellis,1978) أن الإدراك يتألف من الاكتشاف، والتمييز، والتعرف، والحكم، فالإدراك عملية نفسية يعطي معنى للأشياء التي استقبلتها الحواس، وهو يتأثر بالخبرات السابقة وفي بعض الأحيان يعتمد عليها، وهو شعور ونشاط عقلي فعال، ويتضمن الإدراك في ثناياه الذكاء والمشاعر وبناء الأفكار التي هي نواتج النشاط العقلي المخزونة داخل تركيبه البيوسايكولوجي من خلال عنصرين أساسيين:

1- إن الحدث المدرك يتركب من عدد من الرسائل المحسوسة التي ترتبط وتتشابك وتتلاحم بصورة شديدة وفي النهاية تشكل أساس المعرفة الإنسان.
2- الإنسان يتفاعل مع ذاته باستمرار، وجزئياً مع جزء ضئيل مع الأحداث التي تجري في بيئته ويعطي الاهتمام للحدث الذي يجذب انتباهه.

ويعمل الإدراك على تنظيم وبناء وتفسير المثيرات السمعية والبصرية واللمسية، ولما كان التعلم في المراحل المبكرة يعتمد على الأنشطة الإدراكية ـ الحركية، فإن العجز في نمو وتطور الجانب الحركي، قد يسبب صعوبة في تعلم المهام التي تتطلب مهارات حركية دقيقة أو تناسق العين واليد وكذلك التوازن. وغالبا ما تستخدم مصطلحات الإدراك الحركي والحسي حركي لأن كثير من المهام تستدعي التوافق ما بين المدخلات الحسية ومخرجات الأنشطة الحركية. لذا يصعب التعامل مع أنشطة الإدراك أو الحركة بشكل منفصل.

## مبادئ عملية الإدراك:

ترتكز عملية الإدراك على مجموعة من المبادئ منها:

1- إدراك الإنسان نسبي وليس مطلق.
2- إدراك الإنسان منظم.
3- الإدراك يتأثر بالاستعداد.
4- الإدراك يتأثر بالعمر.
5- إدراك الإنسان انتقائي.

## شروط حدوث الإدراك:

يشترط لحدوث الإدراك عدة عوامل أساسية:

1- وجود المثير.
2- الإحساس بالمثير.
3- التعرف على المثير.
4- الاستجابة: وتكون استجابة الفرد من خلال خبراته الإدراكية السابقة وما مر به من تجارب فيعرف خواص المثير وما يرمز له ذلك المثير.

فمن سمع صوت جهاز الإنذار وخبر أنه دليل للخطر استجاب وفق خبرته بأنه خطر فقد يهرب أو يختبأ. أي أن تعاقب العمليات يكون: (المثير.. الإحساس.. التعرف..

اختيار الاستجابة). والإدراك يحتاج لذاكرة، فظهور مثير قد مررنا به يسترجع معلومات قد أدركناها سابقاً، فهو عملية تجميع الانطباعات الحسية وتحويلها إلى صورة عقلية.

## الإحساس Sensation:

يمكن اعتبار الإحساس من أبسط العمليات النفسية، ينشأ كنتيجة لتأثير الأشياء أو الظواهر، أو الأحداث الجارية في البيئة المحيطة، ويترتب على هذا التأثير انعكاس للخصائص الفردية لهذه الأشياء أو الظواهر أو الأحداث في البيئتين المنزلية والمجتمعية.

فالإحساس هو الأثر النفسي الذي ينشأ مباشرة من انفعال أحد حواس الإنسان وتأثر مراكز الحس في الدماغ، وهو استقبال المثيرات بواسطة حاسة من الحواس الخمس، بالمنبهات الخارجية أو الداخلية التي تترك آثارا فسيولوجية فيها، وعندما يحس الإنسان بالأشياء، ويطلع على العالم الخارجي والعالم الداخلي.

- الإحساس هو عملية التقاط أو تجميع للمعطيات الحسية التي ترد إلى الجهاز العصبي المركزي عن طريق أعضاء الحس المختلفة.
- الإحساس هو انطباع نفسي للمؤثرات الحسية، أي الاستجابة النفسية لمنبه يقع على العضو الحساس و ينتقل إلى الدماغ.

هناك عدة أشكال للإحساس و من بينها:

- الإحساسات الحركية.
- الإحساسات العضوية.
- الإحساس بالتوازن.

## التذكر:

العقل ما هو إلا مخزن للمعلومات وأن هذه المعلومات تخزن فيه، بعد تعلمها عن طريق الحفظ.والتذكر هو أحد العمليات المعرفية التي يقوم بها الإنسان، ذاكرة الطفل ذات طبيعة حسية مشخصة في البداية، فهو يتذكر الخبرات التي تعطى له بصورة مشخصة ومحسوسة وعلى شكل أشياء واقعية، فلو عرضنا أمام الطفل أشياء

وصورا مشخصة وكلمات مجردة، وطلبنا منه بعد عرضها مباشرة أن يذكر ما حفظه منها، لوجدناه يذكر الأشياء والصور والأسماء المشخصة أكثر من تذكره للأعداد والكلمات المجردة ولهذا السبب يستطيع طفل ذو الإعاقة العقلية في عمر الست سنوات الاحتفاظ بالخبرات التي اكتسبها عن طريق الحواس. ولذلك ينصح باعتماد طرق التدريس في مدارس التربية الفكرية بوجه خاص على استخدام الوسائل الحسية والممارسة العملية المشخصة للوصول إلى خبرات واضحة أكثر ثباتا في الذهن، ويظل تذكر المادة المحسوسة مسيطرا خلال المرحلة الابتدائية بأكملها و لا يزداد مردود تذكر الكلمات التي تحمل معنى مجردا إلا في المرحلة المتوسطة.

فالتذكر: هو عملية اكتساب المعلومات وتخزينها ثم استدعائها عند الحاجة إليها.

## مراحل التذكر:

1- الترميز: هو تنظيم وتصنيف المعلومات بشكل يساعد على تخزينها ومن ثم تذكرها.

الترميز قد يكون عن طريق تحويل المدخلات إلى: صور ذهنية ـ معاني.

2- التخزين: لا زالت معلوماتنا عن الطريقة التي يتم بها تخزين المعلومات قليلة

3- الاستدعاء: ويتضمن:

أ- الاسترجاع: وهو استرجاع شيء غير ماثل أمام الذهن.

ب- التعرف: وهو الشعور بأن ما نشاهده في لحظة ما قد مر في خبراتنا.

## عوامل تساعد على التذكر:

1- التكرار.
2- التنظيم والتحزيم.
3- توزيع التعلم على فترات.
4- تنمية الميل لموضوع التعلم.
5- تقوية الدافع للتعلم.
6- التهيؤ العقلي.

## أنواع الذاكرة:

### 1- الذاكرة قصيرة المدى:

- إن الاحتفاظ بالمعلومات في هذه الذاكرة لا يزيد على عشرين ثانية.
- نوع الترميز الذي يحدث فيها هو في الأغلب سمعي أو بصري.
- سعة هذه الذاكرة سبع وحدات غير مترابطة، لكن إذا وجدت روابط بين الوحدات المدخلة فيمكن زيادة سعتها.

### 2- الذاكرة طويلة المدى:

- فيها يتم الاحتفاظ بالمعلومات لفترات طويلة (أيام ـ سنوات ـ مدى الحياة).
- الترميز المستخدم فيها هو في الأغلب ذو معنى ودلالة، وغالبا ما يتم ذلك عن طريق ربط الخبرات الجديدة بخبرات سابقة موجودة في المخ.
  1. يعتمد التذكر على مقدار التعلم.
  2. الوقت عامل مهم في التذكر.
  3. العلاقة بين مقدار التذكر وفهم الموضوع المتعلم علاقة طردية.
  4. يميل التلميذ إلى تذكر الأشياء التي لها خبرات سارة أكثر من التي لها خبرات سيئة، فالبيئات السعيدة تسهم في تنمية التذكر، والبيئات الأقل حظاً تعيق التذكر.
  5. تؤثر الرغبات الشخصية وتوصيل المشاعر والدوافع والميول على مقدار التذكر.

## أنواع التذكر:

ينقسم التذكر إلى عدة أنواع حسب موضوعاته وهي:

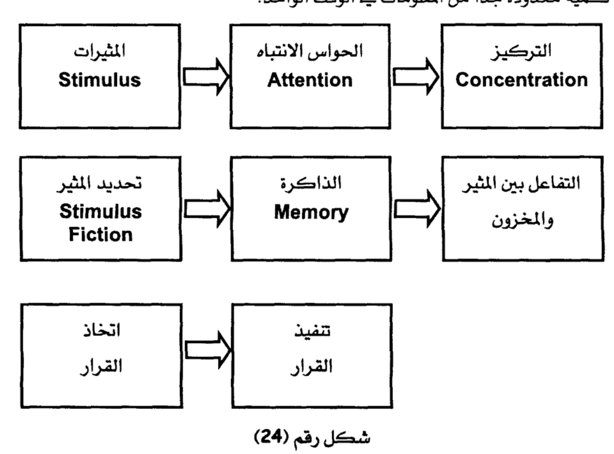
1- ذاكرة لفظية: تساعد صاحبها على تذكر الألفاظ وإعادتها ثانية دون اهتمام بمعانيها.

2- ذاكرة عقلية: تهتم بالمعاني أكثر من اهتمامها بالألفاظ، فهي تقدر على استعادة المواقف الماضية واسترجاعها، كتذكر حوادث قصة وتسلسلها، أو تلخيص عناصر محاضرة علمية من غير تذكر الألفاظ والعبارات التي قيلت.

3- ذاكرة حسية: يمكنها استعادة كل المؤثرات الحسية بصرية كانت أم سمعية أم ذوقية بكل تفاصيلها ومميزاتها.

**الانتباه Attention:**

إنّ الانتبـاه الحقيقـي، يعتبـر شـرطاً أساسـياً مـن شـروط الإدراك، ويُعـدُّ الانتبـاه عملية توجيه و تركيـز للوعي في منبـه مـا، يعـني تركيـز الـوعي علـى منبهـات معينـة واستبعاد منبهات أخرى في اللحظة نفسها، إذا هو عملية تأويلية لهذا المنبه، فبدون هـذه العملية ربما لا يكون إدراك الفرد لما يدور حوله واضحا و جليا، وقد يواجه صعوبة في عملية التذكر، ويعرف الانتباه بأنـه: القوة النفسية، التي تقوم على تركيـز الشعور، وتوجيهه نحو موضوع ما، بهدف التعرف عليه وإدراكه، كما يمكن اعتباره بأنه تهيئة وتوجيه الحواس نحو استقبال مثيرات البيئة المحيطة، والانتباه هـو عملية تركيـز الشعور في شيء مثير سواء كان هذا المثير حسيا أو معنويا، وتعرف قابلية الانتباه المحدودة Limited Attention Capacity بأنها: قدرة الإنسان على التركيز على كمية محدودة جدا من المعلومات في الوقت الواحد.




شكل رقم (24)

مخطط يبين أهمية الانتباه ضمن العمليات العقلية

## أولاً: أنواع الانتباه

يقسم الانتباه من ناحية مثيراته إلى ثلاث أقسام:

### 1- الانتباه القسري:

وهو أدنى درجات الانتباه، ولا يتحقق فيه التركيز الكافي لحدوث عملية التعلم لدى الطالب، فهو ليس انتباهاً حقيقياً وإنما قسرياً، والقسر عكس التركيز، يتجه فيه الانتباه إلى المثير رغم إرادة الفرد، ومثال على ذلك: سماع الطفل لصوت أبيه ولكن لو طلب منه عن ماذا يتحدث لعجز عن الإجابة عن أي سؤال، وربما لا يسمع صوت الأب إلا عند مواقف خاصة كرفع صوت مفاجئ، أو توقف عن الكلام، أو غير ذلك من الأحداث التي تجعل الابن ينتبه قسرياً.

### 2- الانتباه العفوي:

وهو الانتباه التابع لاهتمامات الطالب، ورغباته وميوله، فهو لا يركز إلا على الأشياء التي يحبها، ويرغب بها، ويتشوق لسماعها، لأنها ترضي حاجةً ما لديه، كأن ينتبه لشرح قوانين كرة القدم، لأنه يحبها دون غيرها، وكحال الطلاب (المعاقين عقلياً)، ولقد أثبت فريق كرة القدم المصري للمعاقين عقلياً بأن لديهم مهارات متميزة حيث حصدوا الميدالية الذهبية في الاولمبياد الخاص، وهم الذين تكون لديهم أفكار معينة، أو تساؤلات خاصة، أو تعليقات يرغبون في الإدلاء بها، فينتبهون إلى كلامه بغية عرض هذه الخواطر والأفكار والتعليقات، بينما هم شاردون عن بقية الجزئيات الأخرى، فتكون حصيلة هذه الدرجة ضعيفة، لا تصل إلى المستوى المطلوب.

### 3- الانتباه الإرادي:

هو الانتباه الذي يقتضي من الطفل بذل جهد قد يكون كبيرا كانتباهه إلى تعليمات والديه أو إلى حديث إخوته، في هذه الحال يشعر الطفل بما يبذله من جهد في حمل نفسه على الانتباه، وهو جهد ينجم عن محاولة الطفل التغلب على ما يعتريه من شرود ذهن إذ لابد له من أن ينتبه بحكم الحاجة، بصرف النظر عن حبه له أو عدم حبه.

### 4- الانتباه العقلي:

وهو أعلى درجات الانتباه، حيث يبلغ التركيز فيه ذروته عند الطالب، وفي هذه الدرجة من التركيز تتفاعل أكثر من قوة نفسية عقلية لديه، فهو يفهم ويدرك ويتخيل، ويحلل ويركب، ويسأل ويجيب وهكذا في حالة حيوية، فيكون أكثر تميزاً من غيره، في إحاطته بالمعلومات من جميع جوانبها، وهذا المستوى من الانتباه هو ما نسميه بالانتباه الحقيقي، وقد يكون من النادر الوصول لهذا المستوى من الانتباه لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم.

## ثانياً: العوامل المؤثرة في الانتباه

### 1- عوامل الانتباه الخارجية:

أجريت بحوث تجريبة كثيرة في هذا الميدان كانت لها قيمة كبيرة في الاعلان عن السلع التجارية. فمن أهم عوامل الانتباه الخارجية:

- شدة المنبه: فالأضواء الزاهية والأصوات العالية والروائح النفاذة أجذب للانتباه من الأضواء الخافتة والأصوات الضعيفة والروائح المعتدلة.
- تكرار المنبه: فلو صاح أحد (النجدة) مرة واحدة فقد لا يجذب صياحه انتباه الآخرين، أما إن كرر هذه الاستغاثة عدة مرات كان ذلك أدعى لجذب الانتباه. على أن التكرار إن استمر رتيبا وعلى وتيرة واحدة فقد قدرته على استدعاء الانتباه فلذلك يجب ان ينوع بإلقاءه.
- تغيير المنبه: عامل قوي في جذب الانتباه، فنحن لا نشعر بدقات الساعة في الحجرة، لكنها ان توقفت عن الدق فجأة اتجه انتباهنا إليها.
- التباين Contrast: كل شيء يختلف اختلافا كبيرا عما يوجد في محيطه كظهور نقطة حمراء في وسط قلة نقاط سوداء او وجود امرأة وسط محيط كله من الرجال.
- حركة المنبه: الحركة نوع من التغير، فمن المعروف أن الإعلانات الكهربائية المتحركة أجذب للانتباه من الإعلانات الثابتة.

- موضع المنبه: وجد ان القارئ يميل الى قراءة الجزء الاعلى من الصحيفة أكثر من النصف الاسفل.

2- عوامل الانتباه الداخلية:

هنالك عوامل داخلية مؤقتة ودائمة.

أ- العوامل المؤقتة:

- الحاجات العضوية: بالجائع أم كان سائرا في طريق استرعت انتباهه الاطعمة وروائحها بوجه خاص.
- الوجهة الذهنية Mentalset: نرى أن رياضي 100م تكون وجهته الذهنية نحو صوت إطلاق مسدس البدء بالركض والطبيب لجرس التلفون ليلاً.

ب- العوامل الدائمة:

- الدوافع الهامة: للإنسان وجهة ذهنية موصلة الانتباه الى المواقف التي تنذر بالخطر أو الألم، كما أن دافع الاستطلاع يجعله في حالة تأهب مستمر الانتباه الى الأشياء الجديدة أو غير المألوفة. مثل الانتباه لاعب التنس الى اللاعب الخصم من ناحية ملابسه او لبسه لحذاء غير مألوف في كرة التنس.
- الميول المكتسبة: يبدو أثرها في اختلاف النواحي التي ينتبه إليها عدد من الناس حيال موقف واحد. فمثلا عند ذهاب لاعب التنس مع لاعب كرة السلة ولاعب كرة القدم فإننا نرى اختلاف انتباههم عند الدخول الى محل لبيع التجهيزات الرياضية، فإننا نرى الاول ينتبه إلى ما يخص التنس والثاني ينتبه إلى ما يخص كرة السلة والثالث إلى ما يخص كرة القدم.

## التخيل:

التخيل عبارة عن تدفق موجات من الأفكار التي يمكن رؤيتها أو سماعها أو استشعارها أو تذوقها، فالإنسان يتفاعل عقليا مع كل شيء عبر الصور، والصور ليست فقط بصرية ولكنها قد تكون رائحة أو ملمسا أو مذاقا أو صوتا، بل هي تعبير داخلي عن تجاربه أو أوهامه، والتخيل أحد الأساليب التي يقوم من خلالها المخ بتشفير

وتخزين المعلومات والتعبير عنها ، وهو الأداة التي يتفاعل بها عقل الإنسان مع جسده، ويعرف التخيل بأنه عملية استرجاع الصور الحسية من الماضي إلى ساحة الشعور ويتم أحيانا تحوير ذلك الماضي أو هو عبارة عن القدرة التي تمكن الفرد من استرجاع الصور الماضية أو تكوين صور جديدة مقتبسة من صور الماضي أو القدرة على تركيب جديد لعناصر واقعية موجودة.

فالتخيل هو اللغة التي يستخدمها العقل ليتصل بالجسد ، فهو اللغة الأكثر أصولية التي يمتلكها الإنسان، وتختلف قدرة الأفراد على إعطاء تركيب جديد لعناصر واقعية موجودة. تتميز تلك القدرات التي تمكنهم من استرجاع الصور الماضية وكيفية تحويرها و إنتاج صور جديدة مقتبسة من صور ذلك الماضي.
فإن سألت أي شخص عن أول ذكرى له عن والديه فلن تكون في شكل محادثة بل مجرد صور تخيلية ، فالإنسان على الأرجح يذكر صورا وليس كلمات.

يتأثر العقل والجسد عند الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية بالصور والتخيل تأثرا كبيرا ، فالتخيل هو الصلة البيولوجية بين العقل والجسد ، وقد تعبر أذهانهم في حدود ألفين إلى ستة آلاف فكرة في شكل صور يوميا ، وقد تكون هذه الصور في الواقع أو بعيداً عن الواقع،وتحفيز الصور الخيالية لدى المعاقين عقليا في البيئات السعيدة يسهم إلى حد كبير في خفض الاضطرابات والقلق والهلاوس لديهم، كما أن وجود صورة خيالية قوية في البيئات الأقل حظاً هو أمر كافٍ للتسبب في ظهور أعراض للاضطرابات النفسية ، فقوة التخيل تعد عاملا عظيما في الارتقاء في مجال تنمية الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية لا يمكن إنكاره، وإن استخدامه يحسن نوعية الحياة.

## الفهم والتفكير:

هو نشاط عقلي يتعامل مع الرموز بأشكالها المختلفة ويهدف إلى توفير حلول لمشكلات معينة.

يتحقق الفهم للأشياء والأحداث عندما يتم تشكيل الانطباعات العديدة التي يتم اكتسابها من خلال أجهزة الإدراك المختلفة ، ولابد لهذا الإدراك أن يمر بمراحل متعددة

كالتنظيم والترتيب والاختيار حتى تؤدي إلى فهم الشيء أو حدث معين، ويعتمد الفهم الكامل على الخبرة البصرية التي بدونها لا يستطيع الفرد إدراك وفهم الأشياء المحيطة به.

يعتمد التفكير على تكوين المفاهيم، وفهْم المعاني، وإدراك العلاقات بين الأشياء، التي تكتسب من خلال عملية التعلم السابق، المتمثلة في الإدراك والذاكرة والوجدان. كما يعتمد على الوعي والانتباه، فلا يمكِن لشخص أن يفكر تفكيراً موجَّهاً هادفاً دون وعي وانتباه، على الرغم من أن الصورة العقلية، قد تحدث دون وعي وانتباه، في حالات التفكير غير الهادف، مثلما يحدث في الأحلام أثناء النوم، وفي أحلام اليقظة. ولا يمكِن ملاحظة التفكير، سواء كان هادفاً أو غير هادف، ما لم يصدر سلوك يعبّر عنه، لغوياً كان أو حركياً. ومن ثم فإن عملية التفكير تعتمد على سلامة مراكز الوعي والانتباه المتمثلة في الجهاز المنشط الشبكي، وارتباطه بقشرة المخ ومراكز الإدراك والذاكرة، والترابط بين مناطق قشرة المخ المختلفة.

ويرتبط التفكير بالخبرة الإدراكية أيضاً، فنحن نتعلم عن طريق التفكير وتعمل على تحسين تفكيرنا عن طريق التعلم، ويمكن القول بأن الخبرات الإدراكية ضرورية للفهم ويأتي الفهم نتيجة خبراتنا الواقعية الإدراكية للأشياء والأحداث الخارجية وما يصاحبها من خبرات.

إن تفكير الطفل العادي ينمو سنة بعد اخرى بنمو ذاكرته ومفاهيمه وصوره الذهنية ويصل الى التفكير الحسي العياني في الحول السابع من عمره والى التفكير المجرد في سن البلوغ، ويدرك المفاهيم المجردة والمعاني الكلية والمبادئ والقوانين كما يدرك الغيبيات وتتسع خبراته وتتنوع في مرحلة المراهقة.

وكما ينمو تفكير الطفل العادي سنة بعد أخرى، ينمو تفكير الطفل ذو الاعاقة العقلية لكن بمعدلات قليلة، وذلك لاسباب عديدة قد يكون منها قصور في الذاكرة، القدرة غير الكافية في تكوين الصور الذهنية، القدرة غير الكافية في اكتساب المفاهيم، قصور في المهارات الحركية، وضآلة في الحصيلة اللغوية، ويتطور

التفكير عبْر مراحل النمو العقلي، من الطفولة إلى الرشد حسب اكتساب المفاهيم، والقدرة على تصورها، واستخدام الرموز، وتجريد المعاني، ويُعَدّ التفكير التجريدي أعلى درجات التفكير.

# الفصل الرابع
# المستوى الحالي

دع الأطفال يقودونك فلن تضل الطريق كثيراً:
ادرسهم، اقترب منهم، لاعبهم، فلتكن أعمالهم دليلك

يفترض أن مفهومنا في تعليم الاشخاص ذوي الإعاقات قد تطور كثيراً، في إطار من سن التشريعات والقوانين المتعلقة بهم، وإنشاء المجالس والجمعيات التي تحافظ على حقوقهم، والتركيز الاعلامي على تلبية حاجاتهم والعمل على تحقيق مطالب نموهم، إلا أن الطريق ما زال طويلاً للوصول الى تحقيق أقصى قدر ممكن من النمو الشامل والمتكامل، في إطار من الفهم الواضح للمشكلات التي تواجههم وطبيعة الفروق الفردية وما تتطلبه عملية تفريد التعليم، وقد يأتي هذا في إطار من الفهم والإدراك، لمجموعة من المجالات وهي:

## متطلبات عملية تفريد التعليم:

### أولاً: معدلات النمو

يختلف الاطفال في معدلات النمو فبعضهم يكون بطيء النمو، وبعضهم ينمو في معدلات متسارعة، ومقدار التكيف في هذه الحالة يساوي الفرق بين سرعة النمو والبطء فيه.

مقدار التكيف = معدل سرعة النمو ـ معدل بطئ النمو.

وقد يكون لكل قاعدة شواذ، فهناك عوامل دخيلة قد تسهم في تجاوز البدايات البطيئة.

### ثانياً: العمر والخبرة

تقدم عمر الطفل قد يكون عاملاً مساعداً في مهام تعليمية محددة، والتقدم في العمر يعني المزيد من الخبرة (هذا منظور عام). وللخبرة أثرها في عملية التدريب والتعلم

لأن هذه العملية قائمة على مجموعة من الانشطة التي تهدف الى تحسين الأداء، وكلما تعرض الطفل ذي الإعاقة العقلية لمزيد من الجلسات التدريبية اكتسب مهارة وخبرة في مجال السلوك الذي يتدرب عليه، فمن يبدأ التدريب ويكتسب الوسائل والاتجاهات والمهارات والمعلومات يكون أقدر على التعلم، ومن يمتلك القدرة على التعلم في الحاضر ينبئ له هذا بالقدرة على التعلم بالمستقبل.

## ثالثاً: الاستعدادات والقدرات

إن القدرات العقلية تختلف بالوراثة، ولكنها لا تتوفر للشخص نفسه في كافة الظروف، ويتباين الاطفال فيما بينهم في مجالين رئيسيين هما القدرات العقلية والقدرات الحركية حيث تشمل القدرات العقلية القدرة اللفظية Verbal Abillity، القدرة العددية Numerical Abillity، التذكر Memory، القدرة على التفكير المنطقي Reasoning Abillity، الابتكار Creativity ويذكر ديفدز (Davies.1981) ان القدرات تتحسن بالتدريب، والتفاوت في القدرات. يتأثر بمستوى التعقيد في التدريب، فكلما مال السلوك نحو التعقيد زادت الفروق الفردية بين مستويات أداء الفرد، مثل القدرات الحركية (التوافق العضلي / العصبي Coordination، مهارة تحريك الاصابع واليدين والذراعين والرجلين Dexterity، القدرة الميكانيكية Mechanical Abillity).

## رابعاً: العوامل المعينة على تعليم مهارات الحياة

توجد عوامل عديدة بالإضافة إلى الذكاء والدافعية والاستعداد والخبرة والمهارات الشخصية ينبغي على المعلم أن يكون على علم بها ليخفف من العوامل المعيقة في عملية تعليم ذوي الإعاقات ويجب مراعاة ما يلي:

- كسب انتباه الاطفال ذوي القدرات المتباينة واثارة دافعيتهم للتعلم.
- تقسيم العمل الى مهام فرعية منظمة، مسلسلة، متصلة.
- جعل التدريب على فترات.
- التركيز على الالمام بالمهارة قبل إنجازها.
- التغذية الراجعة لإشعار الطفل بالتقدم.

وبمراعاة هذه التوجيهات فإن الافراد بقدراتهم المتباينة يستطيعون الوصول الى مستوى من الاتقان.

## خامساً: أساليب التعلم والشخصية

بدلا من تصنيف الاطفال ينبغي التركيز على اهتمام وميول واستعدادات الأطفال، فعندئذٍ تصبح عملية التعلم والتعليم اسهل وايسر على الاطفال والمعلم أيضاً، والمعلم الناجح هو الذي يخطط للمواقف التعليمية، بحيث يجعل الاطفال نشيطين مسرورين، سعداء بإجراءات الموقف التعليمي، فهو يعزز أداءهم ويبين لهم أهمية ما يتعلمونه في حاضرهم ومستقبلهم، وتلعب المحبة والمودة والعلاقات الاجتماعية دورا مهماً في عملية التعلم، فقد اجمعت الدراسات على ان اشباع الحاجة للقبول والولاء والانتماء يبعث على الرضا عن النفس ويدفع على بذل المزيد في مجابهة النفس من اجل العطاء.

## سادساً: الجندر

نسائل ما الذي يسبب الفروق الجنسية في الادوار الاجتماعية والمكانة المهنية، ولمناقشة ذلك ينبغي معرفة ماهية الفرق الجنسي. إن السمة التي تظهر فرقا جنسيا هي السمة التي تختلف في المتوسط للذكور والاناث في نوع معين، لذا فقد يعتبر ان سمة انسانية تظهر فرقا جنسيا، اذا اختلفت لمجموعة من الأولاد أو الرجال مقارنة بمجموعة من البنات أو النساء.

ان مصطلح متمايز جنسياً Sexually Dimorphic يستخدم لوصف السلوكيات او غيرها من السمات التي تختلف بالنسبة الى الذكور مقارنة بالاناث، ويحاول البعض التمييز بين فروق جنوسية Differences Gender وفرق جنسي، بحيث تعد فروق الجنوسة محددة اجتماعيا، والفرق الجنسي محدد بيولوجي.

"تستخدم كلمة Sex في اللغة الانجليزية بمعنى جنس للدلالة على الجنس الظاهري البيولوجي للفرد، وتستخدم كلمة Gender في اللغة الانجليزية للدلالة على الفروق الاجتماعية والدور الذي يرتضيه الفرد لنفسه من كونه ذكراً أو أنثى

سلوكيا، وهذه الكلمة ليس لها مرادف في اللغة العربية وقد اشتق لها حديثا مرادف "جنوسة".

الفروق بين الذكور والاناث كانت وما تزال محل اهتمام الكثير من الباحثين، حيث تعزى الفروق بين الجنسين الى الثقافة والقيم الاجتماعية.

وقد أبرزت الكثير من الدراسات أن الاناث يملنَ الى التواصل الاجتماعي وانهن أكثر اعتمادا على الآخرين، وأقل إقبالا على المخاطرة والمغامرة، وهناك اعتقاد سائد بأن الاناث يتفوقن على الذكور في القدرة اللغوية في حين يتفوق الذكور على الاناث في القدرة العددية، وعلى الرغم من تعدد الآراء حول هذا الموضوع فإن اتقان المهارات يرتبط بدوافع الإنجاز وتقدير الذات.

ويرى المؤلفان ان الخبرات قد تغير في بنية الدماغ تبعاً للفروق الجنسية، ففي دراسة الجوالده (2008) تبين وجود فروق بين الذكوروالإناث من ذوي الإعاقات العقلية في المهارات الأدائية الحياتية في قائمة المهارات المدرسية لصالح الذكور، ويعود ذلك إلى أن الأخصائيين ينظرون إلى أن الذكور قادرين على الإتيان بحركات جسمية وهي تتطلب قدرة الجسد، بالإضافة إلى أن لديهم بعض المهارات المكانية كما أنهم يتمتعون بالسلوك الاستكشافي، كما تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في قائمة المهارات المنزلية، ويعزى ذلك إلى النظرة الكلية من قبل الأهل للإعاقة بنوعيتها وشدتها ولا يميزون بين الذكور والإناث فيما يعانون فيه، مما يؤكد أثر الصدمة التي تواجه الأهل بوجود طفل معاق داخل الأسرة وبالتالي كانت الاستجابات على قائمة الملاحظة المنزلية صادقة لأنها نابعة من أثر الإعاقة دون اعتبار للجنس، فعاطفة الوالدين تبحث عن تلبية رغبات الأبناء دون التفريق عملا بمبدأ (أبناؤنا فلذات أكبادنا).

## إجراءات المعلم الفعّال:

من خلال المجالات السابقة يضع المعلم الفعّال مجموعة من التساؤلات، بادئاً بنفسه:

1. ماذا يريد؟
2. ولماذا يريد ذلك؟
3. ولمن من تلاميذه؟
4. وكيف يمكن تحقيق ذلك؟
5. ومتى يتم ذلك؟

وهذه التساؤلات ترتبط بجانبين في غاية الأهمية في العملية التعليمية وهي ما يمكن أن يطلق عليه إجراءات المعلم الفعّال.

**أولهما** : الاهداف التعليمية وتمثلت بالسؤالين الاول والثاني.

**ثانيهما** : تنظيم عملية التعليم وتمثلت في الاسئلة الثلاث الاخرى.

## الجانب الأول: الأهداف التعليمية

فالتخطيط والتنفيذ والتقويم لأي عمل أمر ضروري، لأنه ينير للمرء معالم الطريق الذي يسلكه ويقلل من احتمال الخطأ والنسيان ويجنبه ويوفر عليه الجهد المبذول، ويجنبه العوامل المعيقة.

تتأثر عملية تحديد الاهداف بخلفية المعلم العلمية والعملية، بإيمانه بالرسالة التربوية، بمفهومه الاجرائي لعمليات التعلم والتعليم والتدريس لادراكه لوظيفة المدرسة او المركز او المؤسسة ادراكا تربويا وتعليميا وخدميا.

فمعلم التربية الخاصة الذي يعتبر عملية تعليم الاشخاص ذوي الاعاقة عملية روتينية، وانه لا فائدة ترجى من تعليم هذه الفئة يضع نفسه في دائرة الاهمال والكسل وعدم العطاء ويحوم حول نفسه بطاقة سلبية تفرض عليه العجز وعدم تحمل المسؤولية ويعتبر المدرسة بيئة ايوائية، وأهدافه بكل تأكيد ساكنة جامدة لا تصبو الى العملية التنموية، بينما المعلم المؤمن برسالة التربية الخاصة، والذي يرى ان عمليات التعلم و التعليم والتدريس في مدراس ذوي الإعاقات عمليات نشطة حيوية ديناميكية، فإنه يجد

نفسه في دائرة العطاء والتفاؤل والنشاط والايمان بقدرة الآخر مهما كانت هذه القدرة وينقل طاقته الإيجابية إلى الآخر، لأنه يشعر بالمسؤولية وبضرورة التنمية الانسانية، في اطار قيم العمل والمبادئ التربوية.

تتأثر عملية تحديد الاهداف النوعية ومن ثم الاهداف السلوكية الإجرائية بعمر الاطفال بمرحلة النمو والصف التعليمي، وتأتي الاهداف الوجدانية في مقدمة الاهداف التي تصعب صياغتها على شكل اهداف سلوكية كما تصعب ملاحظتها وقياسها باستخدام المقاييس والأدوات المتاحة، حيث إن الهدف السلوكي هو ما يستطيع أن يؤديه الطفل من سلوك (فعل) والفعل هو نتيجة للتعلم. وبهذا المفهوم فإن التعلم يجب ان يؤدي الى تغيير وتعديل وتشكيل في السلوك، وينبغي أن يتوافر في الأهداف التعليمية السلوكية ـ الإجرائية/ الأدائية ـ مجموعة من الشروط على النحو التالي:

- التركيز على سلوك الطفل.
- ان تصف الافعال لا العمليات، أي أن تصف نواتج التعلم لا أن تصف انشطة التعلم.
- ان تكون واضحة المعنى ومحددة تحديدا دقيقا.
- ان تكون قابلة للقياس والملاحظة.

وينبغي على المعلم ان يصيغ الهدف في عبارات تصف المقصد من عملية التعلم، فكلما كان المعلم على وعي وادراك بما يريده وعلى دراية وفهم لطبيعة الاعاقة ومرحلة النمو فإنه يكون قادراً على وصف السلوك النهائي Behaviour Terminal، من خلال:

1- تمييزه للسلوك (الفعل) أثناء الموقف التعليمي.
2- تحديده للشروط التي يحدث فيها الفعل (المعطيات او القيود او هما معا).
3- تحديده لمستوى الأداء المقبول.

يلاحظ ان هناك لبساً بين نمطين من التعليم والتعلم وهما التعليم التفريدي والتعلم الفردي.

فالتعليم التفريدي Indiviualised Teaching Modeles: يعني ان كل طفل له المهام والواجبات الخاصه به، والتي تصمم لتقابل حاجاته الفردية وقدراته واستعداداته وميوله.

أما التعلم الفردي Indiviual Learning Modeles: فيعني ان جميع الاطفال يمارسون نفس المهام والواجبات ولكن كل طفل يعمل وحده وبسرعته الذاتية.

**الجانب الثاني: تنظيم عملية التعليم**

وتمثلت في الاسئلة الثلاث الاخرى وهي لمن من تلاميذه؟ كيف يمكن تحقيق ذلك؟ متى يتم ذلك؟

وللإجابة على هذه الاسئلة ينبغي تبيان اهمية التنظيم، وتنظيم الاطفال وتنظيم المكان والبيئة الفيزيقية وتنظيم الوقت وتنظيم هيئة التعليم وتوفير الامكانات البشرية، توفير وتنظيم الوسائل ومصادر التعليم.

ويقصد بالتنظيم: هو ما يقوم به اخصائي التربية الخاصة كخطوة اساسية تلي التخطيط وتسبق التنفيذ، حيث ينبغي عليه استخدام التعليم غير المباشر من خلال تظيم بيئة الاطفال ذوي الإعاقات، وتصميم جدول زمني لاستخدام الوسائل التعلمية ومصادر التعليم المناسبة (تنظيم الوقت).

فالتعلم لكي يكون فعالا يحتاج لوقت كافي، وكلما ازدادت عملية تأهيل الأخصائيين زادت لديهم عملية التعليم وتطورت لديهم المرونة والطلاقة في التنوع لمهارات التدريس، وتحسن لديهم الاداء والعطاء، وايضا بزيادة خبرة الاخصائي ـ الذي يحافظ على تأدية الرسالة بأمانة ـ تزيد عملية تنظيم عملية التعلم والتعليم التي ينبغي أن يتوافر فيها كل معينات التعلم، ومن الاساليب المتبعة في تنظيم غرفة الدراسة وخاصة ما يمكن ان يفيد الاطفال ذوي الاعاقة العقلية، وهو تقسيم الصف الى أركان تعليمية ويجهز كل ركن بما يحتاج اليه الاطفال من ادوات ومواد وخامات واجهزة تناسب وقدرات الحالات تحت اشراف وتوجيه الاخصائي، ولا بد من مراعاة الامان في الجلوس، تماشيا مع حاجات الاطفال في مناخ خالٍ من القيود على الحركة والتفاعل

الاجتماعي، مناخ تسوده التلقائية والانطلاق بحرية دون فوضى أي يتحقق التنظيم بالمعنى سالف الذكر.

## تحديد مستوى الأداء الحالي:

من خلال تحقيق الاهداف والتنظيم يبدأ الدورالتنفيذي لاخصائي التربية الخاصة من خلال الاستراتيجيات واساليب التشخيص واساليب التدريس ووضع بدائل في استراتيجيات التدريس والتعلم باستخدام الوسائل السمعية والبصرية والتعليم التفريدي، ولكي نقف على مستوى الأداء الحالي للأطفال ذوي الاعاقة يجب القيام بعملية التقويم والتي تشمل جانبين أساسيين هما: تقييم مستوى الأداء الحالي للمعاق عقلياً، وتحديد السلوك المدخلي.

## أولاً: تقييم الأداء الحالي

إن الخطوة الاولى في سبيل اعطاء كل طفل الفرصة لكي يتعلم، هي الوقوف على قدرات كل طفل على حدة، من خلال قياس الأداء للاطفال بتحديد جوانب القوة و الجوانب التي ينبغي ان تعزز وتصمم لاهداف من اجل تلاشيها في كافة الجوانب العقلية والنفسية والاجتماعية والجسمية، وهذا ما يعرف "بالتشخيص التكاملي " الذي يتم من خلال تطبيق وإجراء الاختبارات والقياسات النوعية والكمية المختلفة لكافة هذه الجوانب من قبل فريق متخصص متكامل ويشمل بالأساس:

- الاطباء.
- الأخصائي النفسي.
- الأخصائي الاجتماعي.
- المعلم.
- الآباء.
- أخصائي القياس والتقويم.

وأي تخصص آخر تدعو إليه الضرورة.

هذا ويشمل تقييم مستوى الأداء الحالي مدى واسع من المهارات التي تعطي كافة الجوانب المختلفة لأداء الاطفال.

## ثانياً: تحديد السلوك المدخلي

في هذا الجانب يكون الاهتمام والتركيز على الجوانب التي تؤثر في أداء الفرد مباشرة وخاصة في المواقف التعليمية مثل تحديد مهاراته النوعية واهتماماته واستعداداته ودافعيته للتعلم والأسلوب الملائم له في عملية التعليم، كما ينبغي قياس مستوى الانتباه والتذكر، والإدراك وانتقال أثر التعلم، والجوانب العصبية والنفسية، وبذلك يتم تحديد نقطة للبداية مع الطفل ثم اختبار المثيرات المناسبة والأنشطة التي تهيئ الطفل، وتمكن اخصائي التربية الخاصة من بدء تنفيذ خطته التربوية.

## الخطة التربوية الفردية للطفل المعاق عقلياً:

يشترك الناس جميعا في اوجه النشاط النفسي كالإدراك والتفكير والتذكر والتعلم، على الرغم من وجود فوارق في الذكاء والاستعدادات وسمات الشخصية، الا ان الاشتراك والتشابه لا يعني التطابق، أي لا يعني انهم متساوون تساويا تاما فيما يدركون ويفكرون ويتذكرون ويتعلمون، فحين تنظر مجموعة من الأفراد ذوي الإعاقة العقلية الى مشهد معين او يستمعون الى مثير ما، فنحن نفترض فيهم انهم على حد سواء في ادراكهم المشهد او فهمهم لما استمعوه وهو افتراض صحيح لكن بوجه عام فقط.

في حقيقة الامر قد يكون أحدُ هؤلاء الأفراد أحدَّ بصراً من غيره فتكون رؤيته للمشهد أكثر وضوحا، أو يكون لدى أحد الأفراد خبرات سابقة تتصل بالمشهد فتجعل إدراكه أكثر ثراء، أو قد يمر أحد الأفراد بمشكلة ما قبل عرض المشهد فتؤثر على استقباله للمشهد، إذ لا مفر من أن نعترف ونقر بأن الافراد مختلفون اختلافا قد يكون كبيرا من حيث ما يتسمون به من صفات جسمية وقدرات عقلية وسمات خلقية واجتماعية، هذا فضلا عن التفاوت الكبير في سمات الشخصية؛ أي من حيث ميولهم

واتجاهاتهم واتزانهم الانفعالي ودرجة حساسياتهم للمشكلات الاجتماعية ودرجة احتمالهم للإحباط والحرمان، وقد دلت القياسات السيكولوجية على أن:

- الاختلاف بين الافراد في قدراتهم وسماتهم اختلاف كمي أي اختلاف في الدرجة لا في النوع.
- كما دلت على ان قدرات الفرد الواحد وسماته يختلف بعضها عن بعض من حيث الميول والاستعدادات والقوة والانجاز، أي انه توجد فروق بالفرد نفسه
- وقد ترجع الفروق الفردية الى العوامل البيئية او العوامل الوراثية او كليهما معا.
- كما ان هناك فروقاً بين الافراد، والقدرات والسمات موزعة بين الافراد توزيعا طبيعيا بمعنى ان اغلبية الافراد على درجة متوسطة من القدرة او السمة، وان قلة منهم من تعلو قدراته وسماته على المتوسط او تكون دونه.

توضع لكل طفل من ذوي الإعاقات العقلية خطة تربوية فردية وتشمل كل ما سيقدم للطفل المعاق، وتكون بمثابة دليل لما يتبع معه من إجراءات، ويتم تطويرها انطلاقاً من دراسة حالة الطفل.

وفي ضوء وصف المستوى الحالي لأداء الطفل وتقويمه من النواحي الطبية والتربوية والاجتماعية وتحديد نقاط القوة و نقاط الاحتياج لديه، وتأتي عملية تصميم الخطة التربوية الفردية معتمدة على الهدف الذي تعد من أجله، وعلى نقاط القوة للسيطرة على الحالة النفسية والمزاجية للطفل ثم الانطلاق الى نقاط الاحتياج التي يلاحظ فيها مؤشرات قوة، ويرتكز تصميم الخطة التربوية الفردية على الانفرادية والتعاونية والمرونة وتتسم بالاستمرارية والتكاملية، حيث إن الخطة التربوية الفردية تعد بمثابة المرشد الرئيس لما يتبع من خطوات اجرائية، بادئة من نقاط الانجذاب نحو العملية التعليمية لشق سبر أغوار نقاط النفورمن العملية التعليمية، وليس المقصود بتصميم الخطة التربوية الفردية الجوانب الاكاديمية فقط، لكن هنالك المهارات التي نبحث في اكتسابها للافراد ذوي الإعاقات لتحسين سبل الحياة وصولاً الى جودة الحياة والاستمتاع فيها.

## مفهوم الخطة التربوية الفردية:

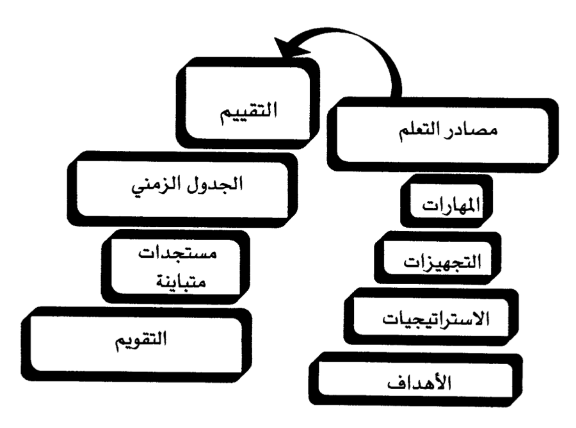
### أولاً: المفهوم الإداري

هو رسم خريطة تنسيقية توضح كيفية التواصل وتوزيع الأدوار بين أطراف العملية التعليمية (الطفل، فريق التدريب، الاسرة) والجهات المنصوص عليها في برنامج الطفل المعاق.

### ثانياً: المفهوم التربوي

هي التشخيص والقياس والتقييم والتقويم لاحتياجات الطفل المعاق والخدمات المساندة التي تقتضيها احتياجات الحالة، ومعد من قبل مجموعة التعليم الفريقي TeamTeaching.

هناك مجموعة من العناصر التي تشتمل عليها الخطة التربوية الفردية وهي:




شكل رقم (25)

يبين عناصر الخطة التربوية الفردية

يوضح الشكل رقم (24) تسعة عناصر رئيسية ينبغي على كل مربي مراعاتها اثناء تصميم وتنفيذ الخطة التربوية الفردية وهي على النحو التالي:

1- الأهداف التعليمية: هي أساس تصميم الخطة التربوية الفردية، وتعمل بمثابة موجه لاختيار محتوى الموقف التعليمي، وتسلسل المحتوى وتحديد الاجراءات التعليمية.
2- الاستراتيجيات: ينبغي وضع القواعد والاسس الميسرة لعملية الاكتساب والتخزين والتطبيق لما يتم تعليمة في مواقف متباينة، وعلى المعلم أن ينتقي ـ يتوقف الانتقاء على ابتكارية المعلم ومدى تأملة للحالة المراد تنميتها ـ الطرق والاساليب المتوافقة مع دراسة الحالة.
3- التجهيزات: يجب توفير ما يلزم من تجهيزات تسهم في التعليم الميسر.
4- المهارات: ينبغي التركيز على جوانب القوة من المهارات التي يمتلكها الطفل
5- مصادر التعلم: تشتمل على المواد السمعية والبصرية والبطاقات المصورة والالعاب الكرتونية.
6- التقييم: يعد المحور الرئيس لفاعلية الخطة التربوية الفردية لانه بمثابة المنبه ـ للعاملين مع الطفل بل والطفل ذاته ـ إلى أن الخطة مرنة ويجب تقييمها في اطار مستجدات حالة العمل والظروف المحيطة.
7- الجدول الزمني: ينبغي للقائمين على تصميم وتنفيذ الخطة التربوية الفردية الالمام باستراتيجة إدارة الوقت.
8- مستجدات متباينة: منها ما يشمل حالة الطفل والمحيطين به والمعلم والاسترتيجيات والطرق التي يستخدمها، والبيئة وما يحدث فيها.
9- التقويم: ويرتبط أساسا بالاهداف التعليمية المحددة كمخرجات أو نتاجات للتعلم، فإذا كانت الاهداف تمثل العنصر الاول في تصميم الخطة التربوية الفردية، فإن التقويم يمثل العنصر الاخير في تنفيذ الخطة، وإذا كانت عملية التقييم سبقت عملية التقويم، فإن هذا دليل على أن تصميم الخطة

عملية مرنة، عملية تعاونية، عملية متوازية (أي الاستفادة من نواحي القوة في معالجة احدى نقاط الاحتياج)، وعملية التقويم تزود القائم على تنفيذ الخطة بالتغذية الراجعة Feedback.

# الفصل الخامس
# المؤثرات في مستوى مهارات الحياة

تساعد المهارات الحياتية الطفل المعاق عقلياً على مواجهة مواقف الحياة المختلفة، والقدرة على التغلب في المشكلات الحياتية والتعامل معها.

تم في الفصول السابقة استعراض مجموعة من العوامل المؤثرة في بناء هندسة مهارات الحياة، ومن خلال تفاعل هذه المحاور مجتمعة يستطيع المؤلفان استنتاج جملة من النقاط على النحو التالي:

- تساعد المهارات الحياتية الطفل المعاق عقلياً على مواجهة مواقف الحياة المختلفة، والقدرة على التغلب في المشكلات الحياتية والتعامل معها، كذلك فإن الاهتمام بالطفل المعاق عقلياً يجب أن لا يقتصر على توفير الرعاية التعليمية والصحية له فقط، وانما يجب تأهيله في تيسير فرص العيش من اكتسابه لمجموعة من المهارات الحياتية والتي تساعده على الاهتمام بشخصيته والعمل على تطويرها وتنميتها، فسمات الشخصية هي التي تساعد الفرد على أن ينظر إلى إنجازاته من نجاح او اخفاق في ضوء ما لديه من قدرات، وما يبذله من جهد، ومن المداومة على التدريب والتعليم لتحقيق الاهداف المخطط لها. ومن هنا يمكن مساعدة المعاقين عقليا على استغلال قدراتهم، وتهيئة البيئة والمناخ التربوي والنفسي الملائمين لنمو الدافع للإنجاز وسمات الشخصية الإيجابية لديهم. ولذلك كان اهتمام علماء النفس بدراسة السلوك الإنساني بشكل عام، ودراسة الدوافع المحركة للإنسان والموجهة له للقيام بدوره في الحياة بشكل خاص، حيث تحتل هذه الدوافع موقعاً

رئيساً في كل ما قدمه علم النفس حتى الآن من نظم وأنساق سيكولوجية، ويرجع ذلك إلى الحقيقة المتعارف عليها وهي "أن كل سلوك وراؤه دافع"؛ أي تكمن وراؤه قوة معينة، وإذا كانت دراسة الدافعية تعتبر من المحاور الأساسية في علم النفس فإن دافعية الإنجاز تمثل أحد الجوانب المهمة في نظرية الدوافع الإنسانية، وقد زاد اهتمام الباحثين بها في السنوات الأخيرة باعتبارها أحد المعالم المميزة في الدراسة والبحث في ديناميات الشخصية والسلوك كذلك تمثل دافعية الإنجاز أهمية كبيرة لما لها من أثر في تفهّم كثير من المشكلات النفسية والتروية للمعاقين عقليا على وجه الخصوص، ودورها في وصول المعاق عقليا إلى القبول الاجتماعي، ودمجه في المجتمع بطريقة تشعر الآخرين بأن الفرق ليس في النوعية لكنه في الدرجة.

ممارسة المهارات الحياتية في مختلف المواقف تشعر الطفل المعاق عقلياً بالفخر والاعتزاز بالنفس، فعندما يطلب منه أن يؤدي عملاً من الأعمال ويتقن ما يطلب منه، فإنه يشعر الآخرين بالثقة، ويعطيه هو المزيد من الثقة بالنفس، والشعور بالاستقلالية.

- ممارسة المهارات الحياتية في مختلف المواقف تشعر الطفل المعاق عقلياً بالفخر والاعتزاز بالنفس، فعندما يطلب منه أن يؤدي عملا من الأعمال ويتقن ما يطلب منه، فإنه يشعر الآخرين بالثقة، ويعطيه هو المزيد من الثقة بالنفس، والشعور بالاستقلالية، وحيث إن التعزيز الذاتي (Self - Reinforcements) هو تغذية راجعة للسلوك الايجابي (المرغوب فيه) يصحبه تقديم معززات ذاتية بعد القيام بتحقيق الأهداف المطلوبة منه حسب المعايير المعدة مسبقا، لتعزيز السلوك وتقويته، بحيث ينعكس ذلك على قدرته على ضبط ذاته. إن استخدام هذا

الأسلوب في المراحل المبكرة سيكون له آثار ايجابية مستقبلية على التفكير بشكل مستمر لكل سلوك يقوم به الفرد.

تتوقف مسيرة الفرد في حياته بقدر كبير على ما يمتلكه من مهارات وخبرات حياتية، فالمهارات مهمة لكي يحقق الفرد مسيرته بنجاح في الحياة.

- يتوقف نجاح الفرد في حياته بقدر كبير على ما يمتلكه من مهارات وخبرات حياتية، مما يكسبه تقدير الذات Self -Esteem، فالمهارات مهمة لكي يحقق الفرد نجاحه في حياته، ويرى أيزكس (Isaac,1982)، أن تقدير الذات "هو الثقة بالنفس والرضا عنها واحترام الفرد لذاته واعتزازه برأيه وبنفسه وتقبله لها، كما يشير مورك (Murk,1999) إلى أن تقدير الذات هو عملية يعبر فيها الفرد عن مدى قبوله لنفسه، مشيرا إلى درجة النجاح التي حققها، ويمكن القول إن تقدير الذات تحكمه إمكانات وقدراته وبالتالي تأتي عملية ورضاه عنها وتقبلها وثقته في نفسه وشعوره بحب واحترام الآخرين".
- ويختلف تقدير الفرد لذاته في المواقف المختلفة تبعاً لتغير مفهومه عن ذاته من خلال علاقات الشخصية مع الآخرين، فالفرد وفي تقدير لذاته يسعى دائماً إلى مقارنة نفسه بالآخرين من حوله ممن يتفاعلون معه، فإذا كان تقدير الآخرين له إيجابيا فإنه يتولد لديه تقدير عالٍ للذات، وإذا كان تقدير الآخرين له سلبياً فإنه يتولد لديه تقدير متدنٍ للذات، أي أن تقدير الفرد لذاته يعتمد بشكل أساسي على تقدير الآخرين له واحترامهم له.

تتمثل أهمية تقدير الذات للطفل المعاق عقلياً في تأثيرها على مقدرته في التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، وفي قدرته على السيطرة، وإنجاز المهمات

التي يقوم بها أو التي تطلب منه، والقدرة على تجاوز الصعوبات التي تعترضه، كما أن معرفة المربين وأولياء الأمور بمستويات الدافعية للتعلم وتقدير الذات يسهم في زيادة معرفتهم بأطفالهم، وفي بناء توقعات حقيقية عن هؤلاء الاطفال وعن سلوكهم، ويساعد المربين في تصميم البرامج والأنشطة بناء على احتياجات الاطفال طبقا لمبدأ الفروق الفردية **(Gross& Sleap, 2001)**، وتبرز أهمية الذات في تكوين شخصية الفرد، ونموها نمواً سليماً، حيث يرى فرويد أن بناء الشخصية بناءً سليماً يتحقق من خلال إحداث نوع من التوازن بين رغبات الهو ID الذي يمثل الحاجات الأساسية والرغبات والغرائز، التي يسعى الفرد دوماً لإشباعها، والأنا Ego الذي يمثل السلطة الإرادية للشخصية الكلية ويبقى خاضعاً لرغبات الهو ونمو الأنا الأعلى Super Ego الذي يعد الممثل الداخلي للقيم والمبادئ والأخلاق، أي هو الجانب المثالي. ويسعى الفرد إلى إشباع رغباته بقدر كافٍ دون أن يشعر بالإحباط، ويفعل ذلك دون أن يصاب بالضرر وبطريقة تساعد على شعوره بأنه شخص مقبول، وبمدى نجاح الفرد في تحقيق التوازن ينمو لدى الفرد قدر مقبول من مفهومه لذاته Self Concept، أي تتولد صورة عن نفسه مقبولة له يحبها ويرضى عنها، ومن هذا المنطلق يتكون لديه تقدير ذات Self -Esteem.

**المهارات الحياتية كثيرة ومتنوعة ويحتاجها الطفل المعاق عقلياً في شتى مجالات حياته سواء في الروضة أو الأسرة أو في علاقاته بالآخرين، ومن ثم فإن امتلاك هذه المهارات هو السبيل لسعادته، وتقبله للآخرين والحياة معهم، وكذلك حب الآخرين، وتقديرهم له.**

- المهارات الحياتية كثيرة ومتنوعة ويحتاجها الطفل المعاق عقلياً في شتى مجالات حياته سواء في الروضة أو الأسرة أو في علاقاته بالآخرين، ومن ثم

فإن امتلاك هذه المهارات هو السبيل لسعادته، وتقبله للآخرين والحياة معهم، وكذلك حب الآخرين له وتقديرهم له، ان تقدير الفرد لذاته يتأثر كثيراً بنظرة الآخرين له، وبما تحويه هذه النظرة من تقدير واحترام أو بالرفض وعدم تقبل الآخرين لهذا الفرد. ويتأثر تقدير الذات بعوامل عدة منها التنشئة الأسرية، وقدرات الفرد وإمكاناته، وعلى مدى تقبل الفرد لذاته وتقبل الآخرين له ويلعب تقدير الذات لدى الفرد دوراً مهماً في علاقته مع الآخرين، فيساعده على مبادرة التفاعل وبناء علاقات اجتماعية مع الآخرين (Walz, 1991)، ويقصد بها تلك والمؤثرات والاتجاهات الاجتماعية التي يتأثر بها الفرد ما هي الا عوامل اجتماعية، حيث إن لها دوراً بارزاً في تقدير الفرد لذاته، وتقدير الآخرين له.

ومن أهم العوامل الاجتماعية المؤثرة في تقدير الذات:

## الأسرة:

تعد الأسرة المؤسسة التربوية الأولى التي تزود الطفل بالقيم والمعايير الاجتماعية والأخلاقية والدينية التي تلازمه طوال حياته، ففيها تبدأ عملية التكوين الاجتماعي التي من خلالها يستطيع الطفل أن يؤثر ويتأثر بالآخرين، ويتكيف مع مجتمعهم، فالأسرة هي الجهة الرئيسة التي تشرف على النمو النفسي والاجتماعي للطفل، وتؤثر في تكوين شخصيته وتوجيه سلوكه منذ طفولته المبكرة، وللعلاقات بين الوالدين وطفلهما وبين الطفل واخوته دور مهم في تكوين شخصية الفرد وتوافقه النفسي والاجتماعي، فالعلاقة السوية بينهما وبين طفلهما تقود إلى نمو شخصية سوية.

## المدرسة:

تعد المدرسة المؤسسة الرسمية التي تقوم بوظيفة التربية، وتوفر البيئة المناسبة لنمو الطفل النفسي، حيث تتأثر شخصية الطفل بالمنهج الدراسي، ويزداد فيها علماً وثقافة، وينمو جسمياً واجتماعياً وانفعالياً، وتتأثر شخصية الطفل إيجابا أو سلباً بشخصية معلميه، فمن خلال أسلوب تعامل المعلم مع تلاميذه واحترامه لهم وتقبلهم له،

يخلق بيئة تعليمية تسودها المودة والمحبة والاحترام المتبادل بين المعلم وطلابه، ويكون لها انعكاسات إيجابية على عملية التعلم وجعلها عملية إنسانية غنية تضفي على الحياة عمقاً وقيمة.

ولهذا فإن للمدرسة دوراً مهماً يؤثر في شخصية الطفل المعاق عقليا، بما توفره المدرسة لطلابها من فرص تعليمية مناسبة، وخلق جو من الألفة مما يزيد من فرص التفاعل الاجتماعي بين الأطفال المعاقين عقلياً والآخرين، بحيث ينعكس على تقدير الطفل المعاق عقليا لذاته، ولهذا تعد المدرسة بيئة مناسبة لتحقيق النمو النفسي والاجتماعي لدى الطفل المعاق عقليا، وتساعد على دمجه في المجتمع مع الآخرين.

## جماعة الأقران:

لجماعة الأقران دور هام في تكوين شخصية الفرد، فالجماعة تساعد في النمو الجسمي للطفل عن طريق ممارسة الأنشطة الرياضية، كما تساعد على النمو العقلي عن طريق ممارسة الهوايات، وكذلك تساعد على النمو الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين أن تقبل الأسرة للمعاق عقليا، باعتبار أن أسرة الطفل المعاق عقليا، هي خير من يقوم بتوعية المجتمع والمناداة بحقوق المعاق عقليا، لذا لا بد من إعطاء اهتمام متزايد بدور الأسرة الإيجابي، لإيجاد بيئة أسرية مناسبة قادرة على التغلب على معاناة طفلهما المعاق عقليا ، من خلال النشاط الاجتماعي وتكوين الصداقات والتفاعل معهم بكافة السبل، وكلما كانت جماعة الأقران رشيدة ومتزنة كان تأثيرها أكثر إيجابيةً على الطفل، في حين إذا كانت منحرفة كان تأثيرها سلبياً على الطفل.

**لا تقتصر أهمية مهارات الحياة على أمور الحياة المادية، بل إنها ذات أهمية كبرى في الأمور العاطفية، إذ تمكن هذه المهارات الطفل المعاق عقلياً من التعامل مع الآخرين وإقامة علاقات طيبة قائمة على الحب والمودة.**

- لا تقتصر أهمية المهارات الحياتية على أمور الحياة المادية، بل إنها ذات أهمية كبرى في الأمور العاطفية، إذ تمكن هذه المهارات الطفل المعاق عقلياً من التعامل مع الآخرين وإقامة علاقات طيبة قائمة على الحب والمودة، إلا أن الطفل المعاق عقليا يكون في أشد الحاجة إلى الشعور بالحب والحنان والصداقة من الوالدين، دون أن يكون هذا الحب والحنان والعطف على شكل الشعور بالشفقة والحماية الزائدة على طفلهما، إذ إن ذلك ينعكس سلباً على الطفل المعاق عقليا وعلى تقييمه لقدراته بشكل واقعي، وعلى الاستقلالية وعدم التبعية، فكل هذه الأمور لها دور هام في تقدير الطفل المعاق عقليا لذاته، وتقبل الأسرة للمعاق عقليا هو مفتاح تقبل المجتمع له، باعتبار أن أسرة الطفل المعاق عقليا، هي خير من يقوم بتوعية المجتمع والمناداة بحقوق المعاق عقليا، لذا لا بد من إعطاء اهتمام متزايد بدور الأسرة الإيجابي، لإيجاد بيئة أسرية مناسبة قادرة على التغلب على معاناة طفلهما المعاق عقليا، ويعد تقدير الآخرين ضرورة يسعى المعاق عقليا واسرته لتحقيقها لتلبية الحاجة للتقبل، والاحترام، والحب، وإن مشاعر الكفاءة والقابلية لقبول المعاق طرفاً في عملية التفاعل الاجتماعي تأتي من الآخرين، من خلال اتجاهات الآخرين الإيجابية نحو الفرد، وطرق وأساليب تعاملهم معه.

**تضمين المهارات الحياتية فيما يتعلمه الطفل المعاق عقلياً يساعد في زيادة دافعية الطفل المعاق عقلياً.**

- تضمين المهارات الحياتية فيما يتعلمه الطفل المعاق عقلياً يساعد بصورة أو بأخرى في زيادة دافعية وحافزللطفل المعاق عقلياً، إن الدافع للإنجاز ينمي لدى الطفل المعاق عقلياً السعي نحو الشعوربالتميز والقدرة على التفاعل مع المحيطين به، وعلى استكشاف البيئة، والتنافس مع الذات، وعلى تعديل

المسار، ولذلك يعد موضوع الدافعية من أهم موضوعات علم النفس المثيرة لاهتمام الباحثين في هذا المجال، لما له من أهمية اجتماعية ونفسية وإنسانية، حيث يمثل دافع الإنجاز أحد أهم جوانب السلوك الإنساني، وقد اتسع الاهتمام بهذا الجانب مؤخراً واتسعت دراسة علاقته بمتغيرات نفسية واجتماعية متعددة، كالاتجاهات، والمعاملة الوالدية، والتغيرات الانفعالية، وسمات الشخصية، والفروق الثقافية، وعوامل كثيرة متداخلة يكون لها التأثير والفاعلية في الجوانب المتباينة ككل.

المهارات الحياتية تساعد الأطفال المعاقين عقلياً في التعرف على ذواتهم واكتشاف علاقاتهم بالآخرين.

- المهارات الحياتية تساعد الأطفال المعاقين عقلياً في التعرف على ذواتهم واكتشاف علاقاتهم بالآخرين، ولما للآخرين من أهمية في تكوين شخصية الفرد، فإنه يجب الاهتمام بالمعاقين، فإن أسرة الطفل المعاق عقلياً، هي خير من يقوم بتوعية المجتمع والمطالبة بحقوق المعاق عقلياً، لذا لا بد من إعطاء اهتمام متزايد بدور الأسرة، لإيجاد بيئة أسرية مناسبة قادرة على التغلب على معاناة طفلها المعاق عقلياً، وتشجيعهم على تكوين صداقات ناضجة مع أقرانهم العادين، وتشجيعهم على تبادل الزيارات مع العاديين، والسماح لهم بمرافقة والديهم في المناسبات المختلفة، والظهور في المجتمعات بشكل مستمر، لكي نساهم في دمجهم في المجتمع مع الآخرين.

وقد قسم باستيان وفينيتا (Bastian & Veneta,2005) المهارات الحياتية التي يحتاجها الطفل إلى قسمين هما:

- المهارات المعرفية
- المهارات العملية.

وتتضمن المهارات المعرفية: القراءة، والكتابة، والحساب، والاتصال، واتخاذ القرار، وحل المشكلات، والتخطيط لأداء الأعمال، وممارسة التفكير الناقد والتفكير المبدع.

أما المهارات العملية فتضم: العناية الشخصية بالجسم، والعناية بالملبس وإعداد الأطعمة البسيطة وتناولها، وأداء بعض الأعمال المنزلية، واستخدام الأدوات والأجهزة المنزلية، والعناية بالأدوات الشخصية، ويسهم النجاح في أداء المهمات المطلوبة منه في تطوير مفهوم إيجابي عن الذات. كما يسهم مفهوم الذات الإيجابي في زيادة فرص تعلم المهارات الحياتية، ولذا فإن اكتساب الطفل للمهارات المختلفة ينبغي أن يمضي قدما في تلازم مع مفهوم الذات الإيجابي لديه، وكل منهما يعد شرطا أساسيا للنجاح في المدرسة والاقتدار في سنوات الرشد.

ويعد مفهوم الذات حجر الزاوية في الشخصية الإنسانية ومن أهم عناصر التوجيه النفسي والتربوي، ويؤثر مفهوم الشخص عن ذاته تأثيراً بالغاً في توافقه الشخصي والاجتماعي (Waltermire,1999)، مما سبق يتضح أن المهارات الحياتية مهمة بالنسبة للطفل المعاق عقلياً فهي تحقق له التكيف مع الآخرين، والنجاح في الحياة، وبدونها يعجز عن التواصل والتفاعل مع الآخرين، كما أن هذه المهارات ينبغي أن يتعلمها الطفل المعاق عقلياً، وخير تعلم لها يكون في مواقف مثيرة ومشوقة للأطفال المعاقين عقلياً مثل الأغاني والأناشيد والرسم والرياضة والفنون فيدرك الأطفال المعاقون عقلياً من خلالها قيمة وأهمية هذه المهارات ودورها في الحياة.

ومن خلال النموذج الموضح في الشكل رقم (9)، وبعد استعراض الأدب السابق يمكن استنباط جملة من نتائج التفاعل بين العوامل المؤثرة في هندسة مهارات الحياة يوضحها الشكل رقم (25) .




شكل رقم (26)

يبين ملخص نتائج التفاعل بين العوامل المؤثرة في هندسة مهارات الحياة

تعتبر عملية التوافق عملية مستمرة دائمة غير متقطعة فينبغي أن تكون عملية التوافق على متصل لتحقيق الهدف المرجو من العمل مع الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية، حيث إن المعاق عقلياً يواجه سلسلة لا تنتهي من المشاكل والحاجات والمواقف التي تحتاج إلى سلوك مناسب يؤدي إلى خفض التوتر وإعادة الاتزان والاحتفاظ بالعلاقة مع البيئة المحيطة به.

ويعد التوافق على اختلاف مستوياته وأبعاده مفهوماً مركزياً في علم النفس بصفة عامة والصحة النفسية بصفة خاصة، فمعظم سلوك المعاق عقليا قد يكون نتاج وصفه لذاته او مفهومه عن ذاته او تقديره لذاته او تفاعل هذه الثلاثية معاً الذي قد يؤدي الى تحقيق توافق المعاق عقليا إما على المستوى الشخصي أو على المستوى الأسري.

كذلك فإن مظاهر عدم السواء في معظمها ليست إلا تعبيراً عن سوء التوافق أو الإخفاق في تحقيقه، وقدم روجرز Rogers إطاراً متكاملاً لنظرية الذات من الناحية النظرية والتطبيقية، ورأى أن الذات تتكون من خلال النمو الإيجابي للفرد، وتتمثل في عدة عناصر مثل: صفات الفرد وقدراته، والمفاهيم التي تتكون في داخله عن ذاته، وبيئته والآخرين من حوله، كما تمثل الذات الأفكار المختلفة الإيجابية والسلبيةالتي من شأنها التأثير على شخصية الفرد وبنائه النفسي.

ويرى سميث (Smith,1989) أن الفرد الذي يتكون لديه مفهوم ذات إيجابي، ينعكس على تقديره لنفسه فيشعر بالقبول الاجتماعي وتقدير الآخرين له، ويكون قادراً على التأثير فيهم، وتكون لديه القدرة والمهارات في مشاركة الآخرين، ومناقشاتهم، وإبداء رأيه الشخصي بكل ثقة.

ويرى ريسونر (Reasoner،2005) أن تقدير الفرد لقيمته يشكل دافعا لتوليد مشاعر التعاون والمشاركة في البيئة المنزلية والمدرسية، وعندما يكون لدى الطالب قاعدة قوية من احترام وتقدير الذات ينعكس ذلك على علاقته مع الآخرين فتتولد لديه رغبة في الاستماع لهم وتقبل آرائهم ومشاعرهم وتقدير تميزهم واختلافهم عنه.

ومن هنا يقسم علماء النفس التقدير الذاتي إلى قسمين: أولهما: التقدير الذاتي المكتسب، وثانيهما: التقدير الذاتي الشامل.

فالتقدير الذاتي المكتسب هو: التقدير الذاتي الذي يكتسبه الشخص خلال إنجازاته، فيحصل على الرضا بقدر ما أدى من نجاحات. فيبنى التقدير الذاتي على ما يحصله من إنجازات.

أما التقدير الذاتي الشامل: فهو يعني أن الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم العملية يمكن ان ينعموا صوريا بتقدير من حولهم، ويعود ذلك الى الحس العام حيث لا توجد مهارة محددة او انجاز معين يكون اساسا لعملية التقدير الذاتي الشامل.

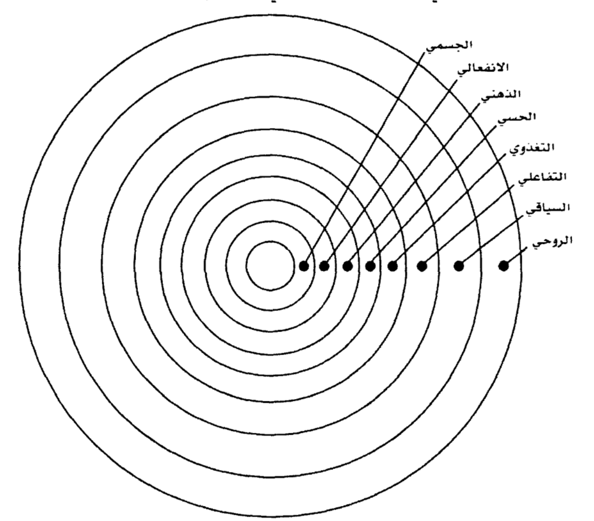
والاختلاف الأساسي بين المكتسب والشامل يكمن في التحصيل والإنجاز الأكاديمي، ففكرة التقدير الذاتي المكتسب تقوم على ان الإنجاز يأتي أولاً ثم يتبعه التقدير الذاتي، بينما فكرة التقدير الذاتي الشامل تقوم على ان التقدير الذاتي يكون أولاً ثم يتبعه التحصيل والإنجاز.

ويرى مؤيدو التقدير الذاتي المكتسب: أن التقدير الذاتي الشامل ذو تأثير سلبي، فزيادة الثقة تؤدي إلى المبالغة، وهذا يؤدي إلى الشك الذاتي. بينما التقدير الذاتي المكتسب يمكن الفرد من الاهتمام بذاته، فهو ينمو طبيعياً خاصة عندما ينجز شيئاً ذا قيمة. بينما يحتاج الشامل لتفعيل ما لديه، فلا بد من تدخل المعلم والوالدين والأشخاص المحيطين به، ليس فقط مجرد تشجيع وإنما قد يضطرون لخداعه بأن ما يفعله يستحق التقدير والثناء.

ولكننا يجب أن لا نغفل أن للعلاقات الاجتماعية أثراً في إكساب النفس الثقة، فهناك علاقة مباشرة بين التقدير الذاتي والنجاح الاجتماعي. وهذا النجاح يشمل الاعتداد في المظهر، والنجاح العلمي، والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية جيدة. إذ يحتاج الشخص إلى قدر من القبول والاحترام الاجتماعي لتتكون لديه مشاعر إيجابية حول نفسه، ويرى نفسه بأنه ناجح في عيون الآخرين. كما أن تأثير العلاقات الاجتماعية الشخصية تتحدد بدرجة عالية بمقدرة الشخص على التسامح والاحترام، والانفتاح الذهني والتقبل للآخرين بتصرف (McKay,2001).

لقد استخدمت ساتير مفهوم الماندالا او الدائرة السحرية mandala لتصور الجوانب النمائية للذات Aspects of the self، والماندالا رمز بدوائر متحدة المركز تمثل اجزاء من الكل ولكنها حينما ينظر اليها ككل تعطي أكثر مما يعطي مجموع الاجزاء. وهذا

المنظر الكلي للفرد ينبع من المفهوم الشرقي لمفهوم الماندالا ، ويصور الشكل رقم ( 26) الجوانب النمائية التي تتصورها ساتير للذات الجسمي physical والذهني intellectual والانفعـــالي emotional والحـــسي sensual والتفـــاعلي interactional والتغـــذوي nutritional والسياقي contextual والروحي spirilual.




**شكل رقم (27)**

يبين تفاعل الجوانب النمائية الثمانية لمفهوم الماندالا

يتضح من الشكل رقم (26) أن الجوانب الثمانية تتفاعل معا وتؤثر في صحة الفرد ، وفي مركز الماندالا يقع قلب الوجود الانساني الذي تشير اليه ساتير على أنه أنا (I am). والجوانب الثمانية معا هي التي تشكل التوازن الحيوي الذي يتضمن الميل النظري الى اقامة اتزان دينامي وسط العلاقات المتغيرة مما يؤثر في وصف ومفهوم وتقدير الذات.

ويرى سمث (Smith, 2001) أنه يمكن تقسيم تقدير الذات إلى ثلاثة مستويات هي:

المستوى الأول وهم الأفراد ذوو تقدير ذات مرتفع، وهم الأفراد الذين يعتبرون أنفسهم أفراداً مهمين، لهم مكانتهم بين الآخرين، ويتمتعون بالتحدي والقدرة على تحمل الصعاب.

المستوى الثاني وهم الأفراد ذوو تقدير ذات منخفض، إذ يعتبرون أنفسهم أفراداً غير محبوبين من الآخرين، كما يشعرون بأنهم غير قادرين على فعل الأشياء التي يستطيع الكثيرون فعلها، وأن الآخرين هم أفضل منهم ويمتلكون صفات أفضل منهم.

المستوى الثالث هم الأفراد ذوو تقدير ذات متوسط، ويقع أفراد هذا المستوى بين فئتي المستوى الاول والثاني.

ومن خلال التقسيمات السابقة يلاحظ أن كل فئة من هذه الفئات تتمتع بخصائص تختلف عن الفئة الأخرى، فيلاحظ أن الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع يتمكنون من اقتحام المواقف الجديدة دون أن يفقدوا شجاعتهم، كما يمكنهم مواجهة الاخفاق في المواقف المختلفة دون أن يشعروا بالانهيار، أما الأفراد ذوو التقدير المنخفض فإنهم يشعرون بالتراجع والتردد قبل دخولهم المواقف الجديدة.

ويبدو أن الطفل المعاق عقلياً يقع بين المستويين الثاني والثالث، ويتسم بضعف القدرة على التكيف الشخصي والاجتماعي ونقص الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية والانسحاب والعدوان واضطراب في مفهوم الذات، حيث ينظر إلى نفسه على أنه مختلف أو غير قادر وأقل من غيره وهذا ينعكس على سلوكه الاجتماعي.

### الدعم الاجتماعي Social Support:

تعاني كثير من الأسر التي لديها أطفال ذوو إعاقات عقلية من مشاعر الأسى والإحباط والذي يؤدي إلى القلق والعزلة، بل وقد تصبح عاجزة عن التخطيط والقيام بواجباتها وتقييم وتقويم الأوضاع المحيطة بالحالة، ومن هذا المنطلق تبرز الحاجة إلى الدعم الاجتماعي كأحد أوجه المشاركة المجتمعية والتكافل الاجتماعي، حيث يعد الدعم الاجتماعي *Social Support* صلة الربط القوية بين الاسرة والمجتمع، لذا فقد

أُبرز من قبل علماء النفس الإرشادي والعيادي والاجتماعي، حيث كانت فكرة تأثير الجماعة Group على الاتجاهات والسلوكيات من أسس التماسك المجتمعي.

والمشاركة المجتمعية تهدف إلى تقرير كيفية قيام الفرد بالأخذ بقيم الأفراد والجماعات ومعاييرهم كإطار مرجعي يتم من خلاله تشكيل الاتجاهات والسلوكيات، كما برزت العديد من المساهمات النظرية ذات الصلة بمفهوم الدعم والمشاركة مثل الاندماج والتسهيل الاجتماعي.

تعد المشاركة المجتمعية مصدراً مهماً لتوفير الدعم الاجتماعي الفعال الذي تحتاجه أسرة الطفل المعاق عقلياً لتحقيق فرص أكبر للتوافق على المستوى الأسري.

أما على المستوى الشخصي فتعتبر المشاركة المجتمعية مصدراً مهماً من مصادر الأمن النفسي الذي يحتاجه الفرد في تعامله.

إن الدعم الاجتماعي بناء متعدد الأبعاد فمنها الجسمي والأدائي والمعلوماتي والاقتصادي، كما يشمل الدعم الانفعالي Emotional Support والنفسي Psychological Support، والدعم الاجتماعي يؤدي وظيفته في توفير الرعاية والمحافظة على الصلات المجتمعية بين الافراد ويظهر ذلك جلياً في أوقات الأزمات، وقد بينت دراسات عديدة أن الدعم الاجتماعي أكثر أهمية في الظروف الصعبة والضاغطة، حيث إنه الأساس للعمل في مجال المشاركة الاجتماعية، وهي ذات أفعال تخفف من التأثيرات السلبية للضغوط أو التوتر مما يبين أهمية الاستراتيجيات ونظمها تحمي الفرد وتساعده على مواجهة المتطلبات اليومية والأزمات الموقفية وتغيرات الحياة التي يمر بها.

### أولاً: تعريف المشاركة الاجتماعية

تحمل المشاركة الاجتماعية في طياتها المؤازرة وشد الأزر والمساعدة على مواجهة المواقف.

تعرف المشاركة الاجتماعية من وجهة نظر المؤلفان بأنها: إبراز أقصى الإهتمامات والمساندة لأشخاص يعتقد بأنهم في حاجة ماسة إلى المساندة دون أي اعتبار لأوضاع هؤلاء الأشخاص.

حدد بعض الباحثين المشاركة الاجتماعية بأنها: وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق بهم ويعتمد عليهم ويعتقد أن بوسعهم أن يعتنوا به ويحبونه ويقدرونه.

وبصرف النظر عن مختلف التوجهات النظرية التي عرفت المشاركة الاجتماعية وما يمكن أن يوجد بينهما من اختلاف، فإن هناك اتفاقاً على أن مفهوم المشاركة الاجتماعية يشمل مكونين رئيسين: الأول أن يدرك الفرد أنه يوجد عدد كافٍ من الأشخاص في شبكة علاقاته الاجتماعية يمكن الرجوع إليهم والاعتماد عليهم عند الحاجة، والثاني أن يكون لدى الفرد درجة معقولة من الرضا عن المشاركة المتاحة له والقناعة بجدواها.

## ثانياً: أنواع المشاركة الاجتماعية

1- التقدير Esteem:

وهذا النوع من المشاركة يكون في شكل معنوي بأن هذا الفرد مقدر Esteemed ومقبول Accepted، ويبين للأشخاص في المواقف الضاغطة بأنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخبراتهم، وأنهم مقبولون رغم أي صعوبات أو أخطاء شخصية، كما يشار إلى هذا النوع من المشاركة بمسميات مختلفة مثل المشاركة النفسية والمشاركة التعبيرية Express ومشاركة تقديرية الذات Self-Esteem، ومشاركة التنفيس Ventilation، والمشاركة الوثيقة Close.

2- المصادر Resources:

ويشتمل التعرف على المصادر توفير المعلومات، مما يساعد في تحديد وتفهم التعامل مع أحداث المشكلة (الضاغطة) ويطلق عليهم أحياناً النصح Advice، والتوجيه المعرفي Conqnitive Guidance.

3- الأقران Collegues:

وتشتمل على قضاء بعض الوقت مع الأقران في أنشطة الفراغ والترويح، وهذه المشاركة قد تخفف الضغوط من حيث إنها تشبع الحاجة إلى الانتماء والاتصال مع الآخرين، وكذلك بالمساعدة في إبعاد الفرد عن الانشغال بالمشكلات، أو عن طريق

تيسير الجوانب الوجدانية الموجبة، ويشار إلى هذا النوع من المشاركة أحياناً بأنه مساندة الانتشار أو الانتماء.

**4- المشاركة المادية Material:**

وتشتمل على تقديم العون المالي والإمكانات المادية والخدمات اللازمة، وقد يساعد العون المادي على تخفيف الضغط عن طريق الحل المباشر للمشكلات الإجرائية أو عن طريق إتاحة بعض الوقت للفرد المتلقي للخدمة أو العون للأنشطة مثل الاسترخاء أو الراحة.

## ثالثاً: أدوار المشاركة الاجتماعية

أوضحت الدراسات التي تناولت المشاركة الاجتماعية أهمية الدور الذي تقدمه المشاركة في حياة الفرد وأثرها عليه وعلى علاقاته بالآخرين:

1- الدور النمائي: يتمثل هذا الدور في عملية التدخل المبكر لبناء علاقات اجتماعية لتصميم شبكة هندسية منتظمة قائمة على الوعي والمعلوماتية، لمواجهة المواقف الصعبة والتي قد يتعرض لها أسر الأفراد ذوي الاعاقة.

2- الدور الوقائي: يتضح هذا الدور في أن المشاركة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة Stress Events، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث ضاغطة أو مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الأحداث.

3- الدور البنائي: يتضح هذا الدور في أن المشاركة لها أثر كبير في إعادة بناء ما أسفرت عنه الأزمات والمواقف الضاغطة من توابع وسلبيات، وهنا يبرز دور الدعم العاطفي.

## رابعاً: مصادر الدعم والمشاركة الاجتماعية

تتنوع مصادر المشاركة الاجتماعية بين:

- التعرف على المصادر Resources Identification، وتتمثل في جماعات الدعم الابوي، ودراسة المعوقات وكيفية مواجهتها، وتكوين الجماعات المناصرة لذوي الإعاقات التطورية والفكرية.

- والمساعدة الفنية Technical Assistance وتكون هذه المساعدة نتاج لبطاقات الملاحظة ، والمعلومات التي لدى المتخصصين والوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة.
- كما تشتمل المصادر ايضا على واقعية المنظور الأبوي للأبناء وهذا المصدر في حاجة ماسة الى اخصائيين على درجة عالية من الخلق والمعرفة لتغيير وضع هؤلاء الابناء من منظور الإخفاء إلى منظور الواقعية والبناء.



# الباب الرابع
# نظرية العقل ومهارات الحياة
# لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية

- الفصل الأول:

الدراسات والبحوث التي تناولت الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية من خلال متغيرات متباينة .

- الفصل الثاني:

الدراسات والبحوث التي اهتمت بنظرية العقل .



# الباب الرابع
# نظرية العقل ومهارات الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية "دراسات وأبحاث"

حاول المؤلفان الحصول على دراسات عربية في موضوع هذا الكتاب، إلا أنه اتضح انعدام الدراسات العربية في مجال نظرية العقل والأشخاص ذوي الإعاقة العقلية، إلا أن المؤلف الثاني اجرى دراسة للحصول على درجة دكتوراه في فلسفة التربية تخصص التربية الخاصة، وتمكن المؤلفان من إجراء دراستين حول الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية ونظرية العقل سيتم سردهما من خلال هذا الفصل، ومن هنا جاءت فكرة اخراج كتاب للمكتبة العربية، وعلاوة على ذلك فقد تبينت ندرة الدراسات الاجنبية في هذا المجال، وفيما يلي عرض لأهم الدراسات ذات الصلة والتي وضعت ضمن فصلين:

الفصل الأول: الدراسات والبحوث التي تناولت الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية من خلال متغيرات متباينة.

الفصل الثاني: الدراسات والبحوث التي اهتمت بنظرية العقل وهي ذات بعدين:

أولهما: البحوث التي أجريت لفئات متباينة من الأطفال.

وثانيهما: البحوث التي تناولت دور نظرية العقل مع فئة الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية.

# الفصل الأول
# الدراسات والبحوث التي تناولت الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية من خلال متغيرات متباينة

تباينت دراسات هذا الفصل بين دراسات استخدمت برامج تربوية وترويحية ورياضية وبرامج قائمة على التقنيات التكنولوجية، ودراسات استخدمت الخطة التربوية الفردية، ودراسات وصفية بحثت في متغيرات عديدة بعضها عقلي وبعضها انفعالي ووجداني، وأخرى بحثت في جوانب المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي ويتم استعراضها على النحو التالي:

### دراسة حرب (1992):

هدفت إلى تقييم الخصائص المعرفية للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم، وذلك لتشخيص وتمييز هذه الفئة عن غير المعاقين عقليا على عينة قوامها (160) طفلا بمتوسط عمري (8، 10) سنوات مقسمين إلى مجموعتين متساويتين في العدد، تضم المجموعة الأولى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، وتتراوح نسب ذكائهم من (55 ــ 70) درجة ويتلقون التعليم في مدارس التربية الفكرية، أما المجموعة الثانية فهي تضم الأطفال العاديين، وهم من يتلقون تعليمهم في المدارس العادية، وباستخدام اختبار القدرة على الإدراك الحسي، واختبارات القدرات النفسية (إعداد الباحث)، ومقياس القدرة على التذكر (من بينيه الصورة ل)، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي (عبد السلام عبد الغفور - إبراهيم قشقوش) ومعالجة البيانات من خلال تحليل التباين والاختبار(ت).

أوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المعاقين عقليا والعاديين في جميع الاختبارات المعرفية (الإدراك الحسي والقدرة اللغوية والتذكر) لصالح العاديين.

### دراسة حماد (1994):

هدفت إلى معرفة فعالية استخدام الحاسوب في اكتساب مفاهيم رياضية أساسية تتكون من أحد عشر مفهوما (المستقيم، المنحنى، المثلث، المربع، المستطيل،

الدائرة، الأطول والأقصر، الأكثر والأقل، الداخل والخارج، الكل والجزء، الأكبر والأصغر) لدى الطلبة المعاقين عقليا بدرجة بسيطة مقارنة مع التدريس الصفي العادي والتي لا يستخدم فيها الحاسوب، حيث تألفت عينة الدراسة من **40** طالبا وطالبة من مركز نازك الحريري، ثم وزعت العينة بالتساوي بين المجموعتين التجريبية والضابطة عشوائيا، وتم تدريس الطلاب في المجموعة التجريبية بالحاسوب، أما المجموعة الضابطة فكانوا يدرسون بطريقة التدريس العادية.

وقد أظهرت النتائج أن متوسط علامات الطلبة الذين تعلموا بوساطة الحاسوب زاد بدلالة إحصائية عن متوسط علامات الطلبة الذين تعلموا بوساطة الطريقة العادية.

### دراسة الإمام (1996):

وذلك للتحقق من فاعلية التدريب على مهارات التفكير لفئة المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) في محاولة لمساعدة الأطفال من هذه الفئة ليصبحوا أكثر تكيفاً مع الآخرين ومع المواقف في الحياة المحيطة به. وفيها قام الباحث بتطبيق مقياسين هما: مقياس التفكير التقاربي المصور، ومقياس التفكير الابتكاري باستخدام الحركات والأفعال. كما استخدم قائمة ملاحظة للسلوك التفكيري للمعلم وأخرى للسلوك التفكيري لولي أمر الطفل. وتشكلت عينة الدراسة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من فئات عمرية تراوحت بين (8 – 10) سنوات بمتوسط نسبة ذكاء (66.6) توزعت في ثلاث مجموعات: تجريبية (1)، وتجريبية (2)، وضابطة. حيث سجلت نتائج الدراسة ما يلي:

- هناك أثر ذو دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة: التجريبية الأولى والثانية والمجموعة الضابطة على متغير التفكير التقاربي المصور والتفكير الابتكاري بالحركات والأفعال وكذلك على قائمتي ملاحظة السلوك التفكيري للمعلم والسلوك التفكيري لولي أمر الطالب.
- هناك أثر ذو دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية الأولى في نتائج القياس البعدي.

- هناك فروق دالة إحصائياً في نتائج تطبيق القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في اختبار التفكير التقاربي المصور، والطلاقة فقط في مهارات التفكير الابتكاري باستخدام الحركات والأفعال.

**دراسة العنزي (2004):**

هدفت إلى استقصاء فعالية الخطة التربوية الفردية في تدريس المهارات الرياضية والحركية للمعاقين عقليا في منطقة تبوك بالسعودية. وتألف مجتمع الدراسة من جميع الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة والملتحقين في برامج التربية الخاصة في إدارة التعليم في منطقة تبوك، والذين تتراوح أعمارهم بين (6 ـ 15) سنة في العام الدراسي 2003 ـ 2004 والبالغ عددهم (135) طالبا، وتألفت عينة الدراسة من (60) طالبا والذين تتراوح أعمارهم بين (6 ـ 15) سنة من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة، وقد تم اختيارهم عشوائيا من مجتمع الدراسة، وقد تم توزيع أفراد العينة بالطريقة العشوائية البسيطة إلى مجموعتين متساويتين في العدد هما المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وقد تألفت كل مجموعة من (30) طالبا من الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة، ومن أجل تحقيق هدف الدراسة، فقد لجأ الباحث إلى استخدام منهاج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين، المطور في البيئة الأردنية من أجل قياس مستوى الأداء الحالي للطلبة في عينة الدراسة، وعلى أساسها تم إعداد الخطط التربوية الفردية لكل طالب. وقد تم تعليم المجموعة التجريبية الأولى والثانية المكونة من المعاقين إعاقة عقلية بسيطة ومتوسطة بطريقة الخطة التربوية الفردية. وقد عولجت البيانات الناتجة عن التطبيق بيانياً وإحصائياً، وذالك باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة.

أظهرت النتائج فعالية البرنامج التربوي الفردي، وذلك من خلال اختلاف أداء المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس أثناء التدريب والقياس البعدي ($\alpha = 0.05$)، وذلك على جميع المهارات الرياضية والحركية.

وعليه فقد خلصت الدراسة إلى فعالية الخطة التربوية الفردية في تدريس المهارات الرياضية والحركية للمعاقين عقليا.

### دراسة قاسم وعبد الرحمن (2006):

في دراستهما للتحقق من فاعلية برنامج ترويحي والتعرف على تأثيره على بعض المهارات الحياتية والنفسية والقدرات الحركية لدى الأطفال المعاقين ذهنيا "القابلين للتعلم" قاما باستخدام المنهج التجريبي (قبلي ـ بعدي) باستخدام مجموعة واحدة وذلك على عينة قوامها (30) طفلاً حددت بنسبة ذكاء (50 ـ 70٪) وتراوح العمر الزمني من 11 ـ 14 سنة بمتوسط 12.13 ويتراوح العمر العقلي من 5 ـ 9 سنوات بمتوسط 7.37، ومن أدوات الدراسة فقط صمم الباحثان ثلاثة استبيانات، أحدها لتحديد المهارات الحياتية والذي اشتمل على مهارات رعاية الذات، مهارات اجتماعية، مهارات اقتصادية، مهارات معرفية، مهارات لغوية، والآخر لتحديد المهارات النفسية، أما الثالث فلتحديد القدرات الحركية.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن للبرنامج الترويحي المقترح تأثيرا ايجابيا على تحسين بعض المهارات الحياتية، قيد البحث والنفسية والحركية

وأوصى الباحثان بضرورة الاهتمام بوضع برامج تساعد على تنمية وتطوير قدراتهم في محاولة لإكسابهم المهارات الحياتية في مواقف اللعب والتي تساعد الطفل على التكيف مع نفسه ومع المجتمع المحيط به.

### دراسة البواليز (2006):

وذلك للتحقق من أثر برنامج تدريبي مقترح في تنمية مهارات التفكير التقاربي لدى الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم)، وفيها قام الباحث بتطبيق برنامج تدريبي في تنمية مهارات التفكير لدى الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) على مجموعة من الطلاب المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم). وفيها قام الباحث بتطبيق مقياس التفكير التقاربي المصور وتشكلت عينة الدراسة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم توزعت في مجموعتين: مجموعة تجريبية، و مجموعة ضابطة.

حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في تنمية التفكير التقاربي تعزى للبرنامج التدريبي.

كما بينت عدم وجود فروق بين متوسطات أداء أطفال المجموعة التجريبية في القياسن القبلي والبعدي تعزى للجنس.

### دراسة جولد (Gold, 1981):

والتي أراد من خلالها تحديد أثر تعليم أساليب التفكير الابتكاري للأطفال المعاقين القابلين للتعلم، وذلك من خلال برنامج يتضمن أبعاد: الطلاقة، والمرونة، والأصالة، والتفاصيل. قام الباحث بتطبيق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية في المدرسة من خلال الدروس.

وسجلت نتائج الدراسة تفوق أفراد المجموعة التجريبية على أفراد المجموعة الضابطة في درجات الطلاقة والمرونة والأصالة. كما سجلت الدراسة عدم ارتباط متغير الجنس بالقدرة الابتكارية عند الأطفال.

### دراسة أندرسون والين (Anderson & Allen, 1985):

دراسة تناولت تأثير برنامج ترفيهي تعليمي لمساهمة النشاطات والتفاعل الاجتماعي للأشخاص المعاقين عقلياً.حيث تم اختيار عينة الدراسة من 40 شخصاً بطريقة عشوائية من بين سبعة مراكز إقامة داخلية للمعاقين عقلياً تضم 243 شخصاً وتراوح متوسط أعمارهم 38 سنة، وكان من بين أفراد العينة 32 شخصاً من الذكور أي بنسبة (80٪) و8 من الإناث وبنسبة (20٪)، بحيث تراوحت مدة إقامتهم في المراكز ما بين سنة واحدة إلى 43 سنة، وبمتوسط بلغ 19 سنة و8 أشهر، وقد استخدم اسلوب الملاحظة أداة لجمع بيانات الدراسة حيث تم تسجيل كل من عدد المرات ومدة التفاعل الاجتماعي التي تم اعتمادها لأغراض الدراسة، إذ تم جمع عدد تكرار حدوث كل سلوك بشكل مستقل، وفيما يتعلق بمدة السلوك تم قياسه بالثواني الزمنية لكل سلوك يحدث بشكل مستقل، وقد توصلت الدراسة الى: عدم وجود فاعلية للبرنامج الترفيهي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة.

**دراسة جيبونز وبوشاكرا (Bushakra &Gibbons, 1989):**

هـدفت إلى استقـصاء أثـر المـشاركة الرياضـية في إدراك الكفايـات والتقبـل الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين عقلياً، وتألفت عينة الدراسة من مجموعتين تضم **24** طفـلاً معاقـاً عقليـاً، وكانـت متوسـط أعمـارهم **12** سـنة، وكانـت متوسـط درجـات الذكاء **59**.

حيـث تم اختيـار أفـراد العينـة للمجموعـة التجريبيـة (**13** مـن الـذكور و**11** مـن الإناث) بطريقة عشوائية من إجمالي عـدد مجتمـع الدراسـة **376** فـرداً أي بنـسبة **0.06**٪ وشملت العينة الضابطة (**9** من الذكور و**15** مـن الإنـاث) تم اختيـارهم بطريقـة عـشوائية مـن قائمـة تـضمنت **66** طفـلاً، أي بنـسبة **36**٪. واختـيرت المجموعتـان مـن البيئـة نفـسها وهي من المدارس العامة أو مراكـز الإقامة الدائمة، وأن أفـراد المجموعتين كـانوا قـد شـاركوا سـابقاً في واحـدة مـن فعاليـات الأولمبيـاد الخـاص الأخـرى. و كـان هـذا مـن محـددات الدراسـة؛ أي أن المجموعـة الـضابطة لم تكـن محايـدة. وتم تطبيـق مقيـاس المقياس التقبـل الاحتمـاعي المـصور للاطفـال اليـافعين حيـث تم تطبيقـه بشـكل فـردي. وتمـت مـشاهدة الأطفـال مـرتين (قبـل وبعـد) في جلـستين تراوحـت مـدتها مـن **20** ـ **40** دقيقـة. تم تطبيـق المقيـاس علـى الأطفـال في المجموعـة التجريبيـة مباشـرة بعـد انتهـاء الفعاليـات الرياضـية في جلسة مـسائية، بينمـا تم تطبيـق المقيـاس علـى أفـراد المجموعـة الضابطة في الفترة الصباحية، إما في منازلهم أو في مدارسهم قبل حضور المسابقات.

أشـارت نتـائج الدراسـة إلى وجـود فـروق ذات دلالـة احـصائية في تحـسين إدراك الكفايـات والتقبـل الاجتمـاعي لـدى المجموعـة التجريبيـة مـن قبـل نظـرائهم مـن غـير المعاقين.

كما تبين عدم وجود فروق تعزى للمدة الزمنية.

كما أشارت النتائج إلى أنه كلما زادت المدة الزمنية لممارسة الأنشطة الرياضية زاد التقبـل الاجتمـاعي؛ أي ان العلاقـة بـين المـدة الزمنيـة لممارسـة الانـشطة والتقبـل الاجتماعي علاقة طردية.

### دراسة مالون (Malon, 1990):

تناولت الدراسة أثر استخدام برنامج تدريبي في تنمية العمليات الحسابية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، ولقد أجرى الباحث مقارنة بين الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، والأطفال العاديين الذين يدرسون معهم في نفس المدرسة في مهارات العد، والاتصال، والتحصيل الرياضي.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال القابلين للتعلم قبل البرنامج وبعده في مهارات التحصيل الرياضي، والاتصال والعد، مما كان له الأثر الأكبر في الاندماج الإيجابي مع أقرانهم العاديين بعد انتهاء فترة البرنامج.

### دراسة مان (Mann, 1991):

استهدفت دراسة الذاكرة العرضية Episodic Memory لدى المعاقين عقليا ومدى استخدامهم لها، وهل يعاني المعاقون عقليا من ضعف مرتبط بالذاكرة ذات المعنى Semantic Memory، وذلك على ثلاث مجموعات تتضمن المعاقين عقليا والراشدين المتكافئين معهم في العمر الزمني، والعاديين المتكافئين مع المعاقين عقليا في العمر العقلي، وباستخدام تحليل التباين الأحادي في معالجة البيانات.

توصل الباحث إلى وجود فروق في جودة ومقدار الإنجاز بالنسبة للذاكرة العرضية بين المعاقين عقليا وكل المتكافئين معهم في العمر الزمني و العقلي

وتؤكد الدراسة على وجود قصور لدى المعاقين عقليا في الذاكرة العرضية ذات الدلالة.

### دراسة هايس وتابلن (Hayes& Taplin, 1993):

استهدفت تحديد الفروق بين المعاقين عقليا والعاديين في القدرة على استخدام النماذج المعرفية الإدراكية المختلفة، بالإضافة إلى الفروق في نمط المعلومات المستخدمة لإصدار الأحكام التصنيفية، وذلك على عينة قوامها (20) طالبا (10 عاديين و10معاقين عقليا) وقد تراوحت درجاتهم المركبة على مقياس ستانفورد ـ بينيه من (55 ـ 74)، كما يعانون من اضطراب في السلوك التكيفي، ولا يوجد لديهم أية

علامات على وجود اضطرابات عضوية (متلازمة داون واستسقاء الدماغ) أو أية إعاقات حركية، وقد تمت المجانسة بين المجموعتين في العمر والمستوى الاقتصادي الاجتماعي، والاستدلال مقياس لمهام الذاكرة المعرفية يتضمن وصفاً قصصياً به خمس صور بصرية، ثم اختبار للتعرف على الصور السابق رؤيتها، وباستخدام تحليل التباين الثنائي ومعاملات الارتباط ومعاملات الانحدار في معالجة البيانات.

أوضحت النتائج أن الأطفال العاديين يستخدمون كلا الشكلين من المعلومات السابقة والحالية في الوصول لمعرفة الشكل المراد تذكره، أما المعاقون عقليا فيميلون إلى الاعتماد على المعلومات السابقة فقط.

كما توجد علاقة دالة موجبة بين نسب الذكاء ومقاييس مدى الذاكرة قصيرة المدى مما يؤكد القصور في الذاكرة قصيرة المدى لدى المعاقين.

### دراسة برجن وموسلي (Bargen & Mosley, 1994):

هدفت لقياس كفاءة تحول الانتباه على نموذج ستروب لتقييم كفاءة الانتباه وذلك على عينة قوامها (60) مفحوصاً مقسمة إلى ثلاث مجموعات فرعية: (20) راشداً (10 ذكور ـ 10 إناث) من المعاقين عقليا بمتوسط عمر زمني 30، (70 عاما) ومتوسط نسب ذكاء (61،45) درجة، (20) تلميذاً من المرحلة الابتدائية (10 ذكور ـ 10 إناث) من بمتوسط عمر زمني 8، (91 عاما) ومتوسط نسب ذكاء (109) درجة، (20) راشداً من غير المعاقين عقليا (10 ذكور ـ 10 إناث) بمتوسط عمر زمني 23، (95 عاما) وباستخدام مجموعة من المنبهات اللفظية الملونة مكونة من أربعة ألوان (احمر وازرق واخضر وأرجواني)، وأربع كلمات (يوم وكلمة ومحل وصديق) بالإضافة إلى مقياس رؤية الألوان، تجارب ستروب الجزئية (41 تجربة عملية).

أوضحت النتائج وجود قصور لدى المعاقين عقليا في عمليات الانتباه مما يساعد على منع استجابة القراءة من الظهور في تجارب ستروب كما يعاني المعاقون عقليا من صعوبة في تحويل الانتباه Shifting attention تمثلت في صعوبة تركيب الأسماء في تجارب ستروب.

### دراسة سميث وكورترينج (Smith& Kortering, 1996):

هدفت إلى معرفة الآثار المترتبة على تطبيق الخطة التربوية الفردية من خلال الحاسوب، وتألفت عينة الدراسة من 12 مدرسة للتربية الخاصة، وقد أشار الباحثان إلى أن استخدام مثل هذه الطريقة يسهل عملية التعلم، ويسهل أيضا مشاركة الوالدين في الخطة التربوية الفردية، كما يعطي آمالاً في المستقبل لتعزيز التدريس في مجال التربية الخاصة.

وقد أشارت النتائج أيضا إلى أن تطبيق الخطة التربوية الفردية من خلال الحاسوب يوفر الوقت، حيث يستغرق وقتاً أقل، ويوفر الجهد لتطويرها وإجراء التعديل عليها.

كما وجد المدرسون أن هذه الطريقة أكثر دقة ووضوحا في اتخاذ قرارات تعليمية.

### دراسة جنكوز (Gencoz, 1997):

وهي حول تأثير تدريب كرة السلة على السلوك اللاتكيفي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة، حيث بلغ عدد افراد المجموعتين التجريبية والضابطة (38) طفلاً من المعاقين عقلياً بدرجة متوسطة تم تقسيمهم بالتساوي ، وقدم لهم برنامج تدريبي في كرة السلة، واختيرت المجموعة الضابطة بنفس الظروف، حيث طلب منهم أن يمارسوا نشاطات اللعب الحر، وتم اجراء القياس القبلي للمجموعتين، كما تم اجراء القياس البعدي للمجموعتين بعد شهر من تطبيق البرنامج، واستخدمت قوائم السلوك الحركي، وكذلك استخدم اسلوب المقابلة للوالدين حيث تم طرح أسئلة عليهم للاستفسار عن التغير في السلوك اللاتكيفي لدى اطفالهم.

حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائيا في السلوك اللاتكيفي لصالح الأطفال في المجموعة التجريبية على صعدي المدرسة والمنزل.

كما بينت نتائج الدراسة فاعلية البرامج الرياضية في السلوك الحركي لدى الاطفال.

### دراسة وييس ودايموند (Weiss & Diamond, 2005):

وهي بعنوان الضغوط لدى آباء المعاقين عقلياً الذين يشاركون في المسابقات الرياضية، حيث هدفت الدراسة إلى استقصاء أثر حضور أولياء أمور المعاقين عقلياً للمسابقات الرياضية في خفض مستوى الضغوط لدى الآباء.

وتألفت عينة الدراسة من 57 أماً و39 أباً متوسط أعمارهم 30 سنة، حيث خضعوا لمقياس الضغوط النفسية، كما تم تقييم عدد تكرار مرات حضورهم لمشاهدة المسابقات الرياضية لأبنائهم.

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين عدد تكرار مرات حضور الآباء لمشاهدة المسابقات الرياضية لأبنائهم و مستوى الضغوط لديهم.

### دراسة نينوت وبيلارد وديلنجريس (Ninot, Bilard, Delignieres, 2005):

التي هدفت إلى دراسة التأثير الاستراتيجي للدمج والعزل في البرامج الرياضية على تحقيق الكفاية الاجتماعية ومفهوم الذات لدى المراهقات ذوات الإعاقة العقلية. وتألفت عينة الدراسة من (32) من الإناث المعاقات عقلياً في سن المراهقة، وتم تقسيم أفراد الدراسة إلى أربع مجموعات متساوية، المجموعة الأولى تشارك في برنامج السباحة المنعزلة، والمجموعة الثانية تشارك في برنامج السباحة المدموج، والمجموعة الثالثة تشارك في نشاطات رياضية جمعية وفردية، والمجموعة الرابعة اعتبرت مجموعة ضابطة. وتضمنت المعالجة التجريبية مشاركة اللاعبين في برنامج تدريبي لمدة سنتين و8 شهور وبواقع ساعتي تدريب أسبوعياً، وتمت مشاركتهم في 12 مسابقة رياضية.

أشارت النتائج الى وجود فروق دالة لصالح افراد المجموعة المدمجة مقابل المجموعات الاخرى في الكفاية الاجتماعية ومفهوم الذات.

وأشارت أيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح افراد المجموعة التي طبقت عليها استراتيجية الدمج مقابل المجموعات الاخرى في الكفاية الاجتماعية ومفهوم الذات.

كما أبرزت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح افراد المجموعة التي استخدمت استراتيجيتي الدمج والعزل معاً مقابل المجموعة التي استخدمت استراتيجية العزل في الكفاية الاجتماعية ومفهوم الذات.

**دراسة عقلة (2005):**

هي دراسة مسحية لمشكلات صحة الفم والأسنان وفاعلية برنامج تدريبي في تحسين صحة الفم والأسنان لدى الأشخاص المعاقين إعاقة عقلية بسيطة في الأردن، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أهم مشكلات صحة الفم والأسنان لدى الأشخاص المعاقين إعاقة عقلية بسيطة، ومن اجل تحقيق هذا الهدف فقد تم إجراء دراسة مسحية (Survey Study) هدفت إلى معرفة واقع صحة الفم والأسنان لدى الأشخاص المعاقين إعاقة عقلية بسيطة والملتحقين بمراكز التربية الخاصة الحكومية للعام الدراسي 2003/، حيث ضمت الدراسة عينة (ن = 829) فرداً، حيث قام الباحث بزيارة المراكز في كافة المحافظات والألوية يرافقه ممرضة مدرَّبة ومندوب متطوع من وزارة التنمية الاجتماعية، وتمثلت الإجراءات في فحص كل حالة سريرياً ومن ثم تدوين نتائج تلك الفحوصات على استمارة خاصة أعدت لذلك الفحص.

كما صممت الدراسة برنامجاً تدريبياً في تحسين صحة الفم والأسنان، وقد اختارت العينة الضابطة حيث بلغت (43) معاقاً إعاقة عقلية بسيطة، وعينة تجريبية بلغت (44) معاقاً إعاقة عقلية بسيطة. وقد قام الباحث بعد ذلك بإجراء الفحص القبلي لصحة الفم والأسنان للعينتين الضابطة والتجريبية، وتم تدوين النتائج على استمارة خاصة لكل فرد.

واستمر تطبيق البرنامج (18) أسبوعاً، حيث تم فحص أفراد العينتين الضابطة والتجريبية، وقد تمت معالجة هذه البيانات إحصائياً وفقاً لمتغيرات الدراسة باستخدام تحليل التباين (ANOVA).

وقد توصلت الدراسة المسحية إلى مجموعة من النتائج منها:

- وجود علاقة عكسية بين حالة صحة الأسنان وصحة اللثة مع زيادة العمر، حيث بلغ متوسط الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة على التوالي **(9.53)**، **(9.0)**، **(11.69)**، **(15.9)**، للفئات العمرية **12** سنة فما دون، **13 ـ 20** سنة، **21 ـ 28** سنة، **29** سنة فأعلى على التوالي تصاعدياً، في حين بلغ متوسط أعداد السطوح المنخورة والمفقودة والمحشوة **(17.89)**، **(15.70)**، **(24.15)**، **(42.52)** للفئات العمرية السابقة تصاعدياً، ما عدا المجموعة العمرية الثانية، حيث كانت نسبة اللثة السليمة **(8.18٪)**، **(13.2٪)**، **(6.8٪)**، **(4.3٪)**، للفئات العمرية السابقة تصاعدياً.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في العينتين المسحية والتجريبية، فكانت نسبة الأسنان النظيفة لدى الإناث **(1.4٪)** مقابل **(0.6٪)** للذكور في العينة المسحية، بينما بلغ متوسط حالة نظافة الأسنان لدى أفراد العينة التجريبية **(1.5)** للذكور مقابل **(1.02)** ولصالح الإناث، في حين كانت النسبة المئوية للثة السليمة **(13.7٪)** للذكور، مقابل**(19.1٪)** لصالح الإناث.
- وجود علاقة طردية بين أمراض اللثة والأسنان والمستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي للأسرة لدى الأشخاص المعاقين إعاقة عقلية بسيطة، حيث كان متوسط الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة **(9.81، 9.26، 10.7، 9.56، 7.57)** بما يناظر فئات دخل الأسرة(**150** دينار فما دون، **151 ـ 300**، **301 ـ 450**، **451 ـ 1080**، **1080** دينار فأعلى)، تصاعدياً، في حين بلغ متوسط سطوح الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة **(18.77، 17.22، 19.74، 22.33، 11.50)** بما يناظر فئات دخل الأسرة تصاعدياً.
- وجود علاقة طردية بين الوضع الصحي للثة والأسنان و المستوى التعليمي للوالدين، حيث كان متوسط الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة **(10.92، 9.24، 9.39، 9.65، 8.58)**، بما يناظر المستوى التعليمي للوالدين

تصاعدياً (أمي، أساسي، ثانوي، دبلوم كلية مجتمع، بكالوريوس فأعلى)، كما بلغ متوسط سطوح الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة (22.25، 16.77، 17.9، 18.24، 14.65) بما يناظر المستوى التعليمي للوالدين تصاعدياً، أما حالة اللثة الصحية الجيدة والسليمة فقد كانت النسبة المئوية لها (12.15٪، 16.5٪، 16.7٪، 17.1٪، 14.75٪) بما يناظر المستوى التعليمي للوالدين تصاعدياً (أمي، أساسي، ثانوي، دبلوم كلية مجتمع، بكالوريوس فأعلى).

- تبين وجود فاعل للبرنامج التدريبي من خلال الفروق الظاهرية بين افراد المجموعتين التجريبية والضابطة
- أثبتت النتائج أن الأشخاص المعاقين إعاقة عقلية بسيطة الذين خضعوا للبرنامج التدريبي تحسنت صحة اللثة والأسنان لديهم بنسبة (80٪)، ويعتقد الباحث أنه بالإمكان الوصول إلى مستوى صحة اللثة والأسنان لدى الأشخاص العاديين مع المثابرة على تطبيق البرنامج والكشف الدوري على صحة الفم والأسنان.

### دراسة شولتز وآخرون (Shultz et.al ; 2001):

هدفت الى استقصاء الفروقات في العوائق المادية للرعاية الصحية الفمية للأطفال المعاقين عقلياً من وجهة نظر أولياء أمورهم، وتم استخدام اسلوب المقابلة لجمع البيانات. وتوصلت الدراسة إلى: وجود علاقة بين نظرة الآباء بخصوص التكلفة والحاجة للرعاية الفمية للأطفال المعاقين والمستوى الاجتماعي والاقتصادي المتدني.

### دراسة جازاني وديكلارك وفينيكر جوفن Gizani, Declerck, Vinckier and Goffin, 1997):

حيث هدفت إلى تقييم الصحة الفمية للاطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة والشديدة، وتكونت عينة الدراسة من (ن = 26) طفلاً معاقاً وكان متوسط العمر(12) سنة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تبين أن نسبة (21٪) من الأطفال لا يوجد عندهم نخر سني أو حشوات.
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين فئات الإعاقة العقلية في عملية التقييم.
- تبين وجود نسبة منخفضة من الرعاية السنية لدى الأطفال المعاقين بجميع فئاتهم.
- وكذلك تبين قلة اهتمام أولياء الأمور بالصحة الفمية لدى الأطفال المعاقين بجميع فئاتهم.

وأشارت الدراسة التي قام بها كل من كون واكساندل وجرين ( Coon & Exandell and Green, 1976) نحو استقصاء مدى فاعلية برنامج تعزيز رمزي في تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي، وتألفت العينة من خمسة أطفال تراوحت أعمارهم بين السادسة والحادية عشرة، وتم تحديد سبعة ابعاد فرعية من السلوك الاجتماعي والممارسات الأكاديمية المناسبة، وسبعة أبعاد فرعية أخرى من السلوكات اللااجتماعية التي تحدث في البيئة الصفية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى:

- زيادة السلوكات الاجتماعية نتيجة استخدام برنامج التعزيز الرمزي.
- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في تحسين السلوك اللااجتماعي وأبعاده المختلفة.
- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدي في تنمية السلوك الاجتماعي وابعاده المختلفة.
- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدي في الممارسات الأكاديمية المناسبة وأبعادها المختلفة.

## دراسة في وماتسون ومور وبينفيدز (Fee & Matson & Moor and Benavides, 1994):

وهدفت إلى مقارنة السلوك الاجتماعي بين الأطفال المعاقين عقلياً والأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وتألفت عينة الدراسة من 50 طفلاً معاقاً عقلياً و50 طفلاً من الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد، وقد تم استخدام قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل وقائمة أيوا لقياس عدم القدرة على الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وقد تم فحص الفرق بين المجموعتين في تلك المظاهر السلوكية، والارتباطات الداخلية بين الأبعاد العاملة لقائمة كونرز والأبعاد الفرعية لمقياس أيوا.

وقد كشفت الدراسة وجود ارتباط ضعيف بين السلوك الاجتماعي المضطرب وضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين عقلياً مقارنة مع الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على قائمتي كونرز لتقدير سلوك الطفل وقائمة أيوا.

### دراسة بيرسون ويافي (Pearson&W yaffee, 1996):

وهدفت الى فهم طبيعة اضطرابات الانتباه التي يعاني منها المعاقون عقلياً والمقارنة بين الانتباه المتصل والانتباه الانتقائي لدى المعاقين عقلياً، حيث تكونت عينة من (ن = 43 ) تلميذاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما (ن1 = 23) طفلاً من المعاقين عقلياً ويعانون من ضعف الانتباه ايضاً ، بمتوسط عمري (10.4) عاماً ومتوسط نسبة الذكاء (55.04) درجة، وثانيهما (ن2 = 20) طفلاً من ذوي الإعاقة العقلية فقط وبمتوسط عمري (11.7) عاماً ومتوسط نسبة الذكاء (55.5) درجة، وباستخدام مقياس ستانفورد بنيت الصورة الرابعة لمقياس الإنجاز المتتابع ومقياس التصنيف السريع لقياس الانتباه المتصل والانتباه الانتقائي، وعولجت البيانات احصائيا باستخدام تحليل التباين المشترك وتحليل العامل المتتابع في معالجة البيانات توصل الباحثان إلى النتائج التالية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي الدراسة في الانتباه الانتقائي.
- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الإناث ذوات الإعاقة العقلية والإناث اللواتي يعانين من اضطراب الانتباه في الانتباه المتصل والانتباه الانتقائي، حيث تبين أن ذوات الإعاقة العقلية أكثر ضعفاً في متغيري الدراسة.

- كما تبين أن نسبة انتشار ظاهرة اضطراب ضعف الانتباه بين الذكور المعاقين عقلياً أكثر من نسبة انتشارها بين الإناث المعاقات عقلياً بنسبة 1:2.

**دراسة أبو الحلاوة (2004):**

وذلك لقياس فاعلية التأهيل المبني على المجتمع المحلي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

تألف مجتمع الدراسة من أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المنتفعين من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في الأردن وغير المنتفعين من تلك البرامج والمسجلين على قوائم الانتظار في المراكز التابعة لوكالة الغوث الدولية ووزارة التنمية الاجتماعية في الأردن.

بلغ حجم عينة الدراسة (110) أُسَرة، منها (60) أسرة منتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، و(50) أسرة غير منتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي (المسجلة على قوائم الانتظار).

استخدم الباحث الصورة العربية المختصرة من مقياس هولرويد (Hollroyd) للضغوط النفسية الذي قامت بتعديله للبيئة الأردنية الحديدي وزملاؤها (1994) والذي تكون من (66) فقرة. وتم تطبيق المقياس على جميع أفراد الدراسة، في حين أن إجراء المقابلات الفردية اقتصر على الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، بهدف التعرف على الخدمات المقدمة لهم، وأساليب تعاملهم مع الضغوط النفسية، وأثر ذلك في التقليل من الضغوط النفسية.

تم استخدام اختبار (ت) من أجل مقارنة متوسطات استجابات أسر الأطفال المعاقين عقلياً المنتفعين من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وأسر الأطفال المعاقين عقليا غير المنتفعين من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي والمسجلة على قوائم الانتظار.

وقدأظهرت النتائج:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين مجموعة الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي ومجموعة الأسر غير المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي والمسجلة على قوائم الانتظار تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر(1 ـ اقل من 12) سنة، (12 ـ 18) سنة، ومستوى دخل الأسرة الشهري، ودرجة الإعاقة العقلية.
- أظهرت النتائج فرقاً ذا دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة.
- أن الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين عقلياً المنتفعين من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، تتمثل في تدريب الطفل على مهارات مختلفة وزيارات ميدانية أسرية ومحاضرات توعية والمشاركة في نشاطات ترفيهية وتزويد الطفل بوسائل معينة وأشكال مختلفة من العلاج.
- مع أن النتائج أشارت إلى عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية للمشاركة في برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على الضغوط النفسية، إلا أن معظم الأسر حوالي (75٪) أفادت بأن تغييراً حصل في حياة الأسرة نتيجة هذه الخدمات وأن هذا التغيير يتضمن الشعور بالاستقرار النفسي وإحساسهم بوجود آخرين لديهم نفس المشكلة وأن معاملتهم للطفل أصبحت أفضل حالاً من ذي قبل.
- أن الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي غالباً ما تستخدم أساليب مختلفة في التعامل مع الضغوط مثل أساليب تعديل السلوك أو طلب الاستشارة والإرشاد من المختصين أو اللجوء إلى الاسترخاء ومشاركة الآخرين همومهم وزيادة حصيلتهم من المعلومات وحضور محاضرات تثقيفية. وقد أفاد (80٪) من هذه الأسر أنها شعرت بتحسن نتيجة استخدام مثل هذه الأساليب.

وبذلك فإن النتائج أظهرت أن مستوى الضغوط النفسية لدى الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي لم يتغير بشكل دال على الرغم من المشاركة

في برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، مقارنة مع الأسر غير المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي والمسجلة على قوائم الانتظار.

**دراسة الجلامدة (2007):**

وهي بعنوان فاعلية برنامج تعليمي في تحسين مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة العقلية لدى أولياء الأمور في الأردن.

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى معرفة أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا في الكرك بأسباب الإعاقة العقلية، واستقصاء فاعلية برنامج تعليمي في تحسين مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة العقلية لأولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا. تكون مجتمع الدراسة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقليا والبالغ عددهم (400) ولي أمر للأطفال المسجلين في مركز مؤتة ومؤاب لذوي الاحتياجات الخاصة، والأطفال المعاقين عقليا الذين تقدم لهم خدمات التأهيل المجتمعي في الأغوار الجنوبية في محافظة الكرك. وتكونت عينة الدراسة من (200) أب وأم ممن يجيدون القراءة والكتابة، وتم توزيع مقياس معرفة الوالدين بأسباب الإعاقة العقلية الذي بنته الباحثة بعد استخراج معاملات الصدق والثبات له، وتم توزيعه عليهم، (109) من أولياء الأمور كان مستوى معرفتهم على المقياس منخفضاً، وتطوع (60) للمشاركة في البرنامج التعليمي التي تم استخراج صدق المحتوى له، وتم توزيع أفراد العينة عشوائيا إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، تكون البرنامج التعليمي من عشرة جلسات، مدة كل جلسة تسعون دقيقة، بواقع جلستين أسبوعيا ولمدة خمسة أسابيع. وقد تم استخدام تحليل التباين المشترك ANCOVA واختبار شيفيه Scheffe.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- انخفاض مستوى معرفة أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا على أبعاد مقياس معرفة الوالدين بأسباب الإعاقة العقلية الثلاثة (أسباب ما قبل الولادة، وأثناء الولادة، وبعد الولادة).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس معرفة الوالدين بأسباب الإعاقة العقلية تعزى للبرنامج في القياس البعدي ولصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس معرفة الوالدين بأسباب الإعاقة العقلية في القياس البعدي تعزى للجنس ولصالح الأمهات.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس معرفة الوالدين بأسباب الإعاقة العقلية في القياس البعدي تعزى للمستوى التعليمي ولصالح المستوى التعليمي الأعلى بكالوريوس فما فوق.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس معرفة الوالدين بأسباب الإعاقة العقلية في القياس البعدي وقياس المتابعة بعد شهر ولصالح القياس بعد شهر من التطبيق البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس معرفة الوالدين بأسباب الإعاقة العقلية تعزى للتفاعل بين الجنس والمجموعة، وكذلك التفاعل بين المستوى التعليمي والمجموعة.

وأوصت الدراسة بضرورة العمل على تطوير برامج تعليمية عن أسباب الإعاقات وطرق الوقاية منها بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص من قبل المهنيين ذوي العلاقة سواء بمراكز رعاية الأم والطفل أم عن طريق الحملات أو وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمكتوبة لعامة المجتمع لتحسين الوعي بذلك، وتفعيل دور القطاعات ذات العلاقة، وإجراء المزيد من الدراسات ذات العلاقة ببناء برامج تعليمية لأولياء الأمور حول الإعاقة السمعية والبصرية وغيرها.

**دراسة الشواهين (2007):**

فقد قام بدراسة فاعلية برنامج الأولمبياد الخاص في الأردن من وجهة نظر المدربين وأولياء الأمور واللاعبين ودراسة أثره في تنمية الكفاية الاجتماعية للمعاقين عقلياً.

وهدفت دراسته إلى تقييم فاعلية برنامج الأولمبياد الخاص في الأردن من وجهة نظر المدربين وأولياء الأمور واللاعبين، ودراسة أثره في تنمية الكفاية الاجتماعية للمعاقين عقلياً، حيث تكونت عينة الدراسة من (160) فرداً موزعين إلى اربع مجموعات رئيسة: (40) من مدربي الأولمبياد الخاص و(40) من أولياء أمور اللاعبين المعاقين عقلياً و(40) من لاعبي الأولمبياد الخاص و(40) من الطلبة المعاقين عقليا غير المشاركين في الأولمبياد الخاص، وقد تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة.

واعتمد على مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي وثلاث استبانات أُعدت لغايات التقييم وهي استبانة المدربين، وتتألف من (55) فقرة شملت خمسة أبعاد. واستبانة أولياء الأمور وتألفت من (69) فقرة شملت ستة أبعاد. واستبانة اللاعبين المعاقين عقلياً فقد تكونت من (25) فقرة اشتملت على أربعة أبعاد. وللإجابة على أسئلة الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) لعينة واحدة مستقلة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة:

- وجود أثر ايجابي لبرنامج الأولمبياد الخاص على الكفاية الاجتماعية للمشاركين من وجهة نظر كل من المدربين وأولياء الأمور واللاعبين.
- كما بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq$ 0.0 1) الذي استخدم لقياس الكفاية الاجتماعية بين المعاقين عقلياً المشاركين وغير المشاركين في الأولمبياد الخاص لصالح اللاعبين المعاقين عقلياً المشاركين في برنامج الأولمبياد الخاص. وهذه النتيجة تثبت الأثر الإيجابي لاشتراك الأفراد المعاقين عقليا في برنامج الأولمبياد الخاص الأردني.

## دراسة الرواجفة (2005):

وهي بعنوان فاعلية برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في خفض مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة. حيث هدفت هذه الدراسة إلى اختبار اثر برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في خفض مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة.

وتكونت عينة الدراسة من (ن= 30) من المعاقين إعاقة عقلية بسيطة تم اختيارهم بطريقة قصدية من مركز نازك الحريري للتربية الخاصة، وتم تقسيم هذه العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين متساويتين (تجريبية وضابطة).

حيث قيس مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بوساطة مقياس ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذي طوره الباحث، وتأكد من صدقه وثباته، وطبق المقياس على عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه وبعد ستة أسابيع من التوقف عن تطبيق هذا البرنامج، كما استخدم في هذه الدراسة برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة الذي طوره الباحث، واستمر تطبيق البرنامج ثلاثة اشهر بواقع أربع جلسات في الأسبوع.

وللتحقق من فرضيات الدراسة تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) وتحليل التباين الثنائي، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α>0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لصالح المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والمتابعة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α>0.05) في مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تعزى لمتغير الجنس على القياسين البعدي والمتابعة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α>0.05) في مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تعزى لمتغير الجنس والطريقة والتفاعل بينهما على القياسين البعدي والمتابعة.

وبشكل عام أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في خفض مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية، واتضح من خلال النتائج أيضا تأييد المعلمين وأولياء الأمور لاستخدام هذا البرنامج في معالجة المشكلات التي يعاني منها الأطفال المعاقون عقليا.

وفي ضوء نتائج الدراسة يوصي الباحث بتعميم هذه الدراسة على العاملين مع الأطفال المعاقين عقليا، وتدريب المعلمين وأولياء الأمور على استخدام استراتيجية التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا، ويوصي الباحث أيضا بتطوير اختبار مقنن لتشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

**تعقيب عام على الدراسات السابقة:**

توصلت دراسات هذا الفصل إلى مجموعة من النتائج نوردها على النحو التالي:

- تبين وجود فروق دالة إحصائيا بين المعاقين عقليا والعاديين في جميع الاختبارات المعرفية (الإدراك الحسي والقدرة اللغوية والتذكر) لصالح العاديين (حرب، **1992**).
- اتضحت فاعلية برامج الحاسوب مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية (حماد، **1994**) **(Smith& Kortering, 1996)**.
- تبينت فاعلية البرامج التربوية في تنمية مهارات التفكير التقاربي **(Malon, 1990)** و(الإمام، **1996**) و(البواليز، **2006**).
- تبينت فاعلية البرامج التربوية في تنمية مهارات التفكير الابتكاري الحركي باستخدام مقياس تورنس للتفكير الابتكاري بالحركات والأفعال **(Gold, 1981)** و( الإمام، **1996**).
- توصلت بعض الدراسات **(Smith& Kortering, 1996)** (العنزي، **2004**) إلى فاعلية الخطة التربوية الفردية في تدريس المهارات الرياضية والحركية للمعاقين عقليا.

- تبينت فاعلية البرنامج الترويحية في تنمية المهارات الحياتية وتحسين التكيف (Malon,1990) و(قاسم وعبد الرحمن، 2006).
- توصل مان (Mann 1991) إلى وجود فروق في جودة ومقدار الإنجاز بالنسبة للذاكرة العرضية بين المعاقين عقليا وكل من المتكافئتين معهم في العمر الزمني والعقلي، وبين وجود قصور لدى المعاقين عقليا في الذاكرة العرضية.
- أوضح هايس وتابلن (Hayes& Taplin 1993) أن المعاقين عقليا يميلون إلى الاعتماد على المعلومات السابقة فقط، كما توصلا إلى وجود علاقة دالة موجبة بين نسب الذكاء ومقاييس مدى الذاكرة قصيرة المدى مما يؤكد القصور في الذاكرة قصيرة المدى لدى المعاقين.
- كما بين برجن وموسلي (Bargen & Mosley 1994) وجود قصور لدى المعاقين عقليا في عمليات الانتباه، كما يعاني المعاقون عقليا من صعوبة في تحويل الانتباه Shifting attention.
- بينت دراسة الرواجفة (2005) تحسن مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بعد تطبيق البرنامج القائم على التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة ،كما بينت عدم توحد في مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تعزى لمتغير جنس المعاقين عقلياً في البرنامج القائم على التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة.
- أما دراسة الشواهين (2007) فقد بينت وجود أثر ايجابي لبرنامج الأولمبياد الخاص على الكفاية الاجتماعية للمشاركين من وجهة نظر كل من المدربين وأولياء الأمور واللاعبين.
- بينما أشارت الجلامدة (2007) الى انخفاض مستوى معرفة أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا على أبعاد مقياس معرفة الوالدين بأسباب الإعاقة العقلية الثلاثة (أسباب ما قبل الولادة، وأثناء الولادة، وبعد الولادة).

- وتوصل أبو الحلاوة (2004) إلى أن الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين عقلياً المنتفعين من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، تتمثل في تدريب الطفل على مهارات مختلفة وزيارات ميدانية أسرية ومحاضرات توعية والمشاركة في نشاطات ترفيهية وتزويد الطفل بوسائل معينة وأشكال مختلفة من العلاج.
- وتوصل كل من في وماتسون ومور وبينفيدز ( Fee & Matson & Moor and Benavides, 1994) إلى وجود ارتباط ضعيف بين السلوك الاجتماعي المضطرب وضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين عقلياً مقارنة مع الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على قائمتي كونرز لتقدير سلوك الطفل وقائمة أيوا.
- وبين بيرسون ويافي (Pearson& yaffee, 1996) أن هناك:
  - فروقاً ذات دلالة احصائية بين الإناث ذوات الإعاقة العقلية والإناث اللواتي يعانين من اضطراب الانتباه في الانتباه المتصل والانتباه الانتقائي، حيث تبين أن ذوات الإعاقة العقلية أكثر ضعفاً في متغيري الدراسة.
  - كما تبين أن نسبة انتشار ظاهرة اضطراب ضعف الانتباه بين الذكور المعاقين عقلياً أكثر من نسبة انتشارها بين الإناث المعاقات عقلياً بنسبة 1:2.
- وتوصل كون واكساندل وجرين (Coon & Exandell and Green, 1976) في دراستهما الى فاعلية برنامج التعزيز الرمزي إلى تطور السلوكات الاجتماعية، كما توصلا الى تحسين السلوك اللاجتماعي وأبعاده المختلفة.
- وأشار عقلة (2005) شولتز وآخرون (Shultz et.al ; 2001) وبين جازاني ورفاقه (Gizani, et.al, 1997) إلى:
  - وجود علاقة عكسية بين حالة صحة الأسنان وصحة اللثة مع زيادة العمر.
  - وجود علاقة طردية بين أمراض اللثة والأسنان والمستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي للأسرة لدى الأشخاص المعاقين إعاقة عقلية بسيطة.

- وجود علاقة طردية بين الوضع الصحي للثة والأسنان والمستوى التعليمي للوالدين.
- أنه بالإمكان الوصول إلى مستوى صحة اللثة والأسنان لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية مع المثابرة في تطبيق البرامج الصحية.

- بين كل من نينوت وبيلارد وديلنجريس (Ninot, Bilard, Delignieres, 2005) أثر استراتيجية الدمج في تحسين الكفاية الاجتماعية ومفهوم الذات.
- كما بينت دراسة وييس ودايموند (Weiss & Diamond, 2005) اهمية تعزيز اولياء الامور لمشاهدات وممارسات المسابقات الرياضية لأبنائهم المعاقين في خفض مستوى الضغوط لديهم.
- وبين جنكوز (Gencoz, 1997) اهمية البرامج الرياضية للأطفال المعاقين واثرها في السلوك اللاتكيفي على صعيدي المدرسة والمنزل.
- اما جيبونز وبوشاكرا (Bushakra & Gibbons 1989) فقد توصلا الى: تحسين إدراك الكفايات والتقبل الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين الذين يتعرضون للبرامج الرياضية.
- وقد بين أندرسون والين في دراستهما (Anderson & Allen 1985) فاعلية البرامج الترفيهية في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الاشخاص ذوي الإعاقة.

# الفصل الثاني
# الدراسات والبحوث التي اهتمت بنظرية العقل

يقدم هذا الفصل مجموعة من الدراسات والبحوث التي اهتمت بنظرية العقل وهي ذات بعدين:

أولهما: البحوث التي أجريت لفئات متباينة من الأطفال.

وثانيهما: البحوث التي تناولت دور نظرية العقل مع فئة الاشخاص ذوي الإعاقة العقلية.

## الدراسات والبحوث التي أجريت لفئات متباينة من الأطفال:

### دراسة قبلان (2004):

هدفت إلى الكشف عن مراحل تطور مفهوم نظرية العقل لدى عينة من أطفال مدينة عمان في المرحلة العمرية من ثلاث إلى ست سنوات، وإلى تقييم العلاقات المحتملة بين مفهوم نظرية العقل وكل من التفكير التباعدي والذكاء، وفيها قام الباحث بتطبيق ثلاثة مقاييس هي: صورة معدلة للبيئة الأردنية من مقياس المعتقدات الخطأ(False Beliefs) الذي طوره العالمان فابريكوس وبوير عام 2001، ومقياس تورنس للتفكير التباعدي في صورته المعدلة للبيئة الأردنية، ومقياس ستافورد – بينية للذكاء في صورته المعدلة للبيئة الأردنية. وتشكلت عينة الدراسة من (120) طفلا من رياض الأطفال في مدينة عمان من الفئات العمرية من (3 – 6) سنوات بالطريقة العشوائية وجرى توزيعهم حسب الفئات العمرية(3.5)(4.5)(5.5) سنوات، حيث سجلت نتائج الدراسة ما يلي:

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات الثلاث على مقياس المعتقدات الخطأ (False Beliefs).

- وجود ارتباط موجب وذي دلالة إحصائية بين العلامات على مقياس المعتقدات الخطأ (False Beliefs) والعلامات الكلية على مقياس التفكير التباعدي.
- وجود ارتباط موجب وذي دلالة إحصائية بين العلامات على مقياس المعتقدات الخطأ (False Beliefs) والعلامات الفرعية على الطلاقة والمرونة والأصالة في مقياس التفكير التباعدي.
- وجود ارتباط موجب وذي دلالة إحصائية بين العلامات على مقياس المعتقدات الخطأ (False Beliefs) والعلامات على مقياس ستافورد – بينية للذكاء.
- لم تشر النتائج إلى فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس المعتقدات الخطأ (False Beliefs).

**دراسة باولر (Bowler, 1992):**

هدفت إلى تقييم الحالة العقلية للآخرين من وجهة نظر الأطفال المصابين بمتزامنة إسبيرجر، وتكونت عينة الدراسة (ن = 32) (16) من الأطفال المراهقين المصابين بمتلازمة إسبيرجر، من (16) طفلاً من الأطفال العاديين وعلى وجه التحديد أطفال في مرحلة ما قبل المراهقة. واستخدم الباحث اختبار سمارتيس، وكانت المعززات عبارة عن 26 شريط هزلي مختلف تصور قصة قصيرة. كل شريط فكاهي كان يتكون من ثلاث صور عرضت على النصف العلوي من الشاشة. ثم تم ترقيم تلك الصور من 1 ـ 3 مبينة نتائج محتملة للسيناريو، وكانت تلك الصور قد ركبت في النصف السفلي من الشاشة، بهدف استنتاج نوايا الطفل من اجل اختيار الصورة الصحيحة، ومن ثم طلب منهم الاختيار من بين نهايات القصة.

وقد أبرزت نتائج الدراسة ما يلي:

- أن جميع الأطفال المصابين بمتلازمة إسبيرجر قد اجتازوا مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الأولى.

- وجود ضعف في فهم نية الآخرين. في مهمة الأشرطة الهزلية لدى الأطفال المصابين بمتلازمة إسبيرجر.

**دراسة جان.ك بيوتلير، مارلين، فان درويس (Jan ،Marleen& van der Wees،1997 :(K. Buitelaar**

والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين المعرفة الاجتماعية ونظرية العقل لدى فئة متباينة من الأطفال، حيث تكونت العينة من ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تكونت من **20** طفل يعانون من التوحد متوسط أعمارهم **13** سنة، المجموعة الثانية تكونت من **20** طفلاً يعانون من اضطرابات نمائية متوسط أعمارهم **13** سنة، المجموعة الثالثة تكونت من **20** طفلاً من العاديين متوسط أعمارهم **13** سنة، وتم استخدام مقياس للأداء المعرفي الانفعالي.

وقد بينت نتائج الدراسة ما يلي:

- وجود ارتباط ايجابي بين أداءات الأطفال في مهام نظرية العقل والأداء المعرفي الانفعالي لدى الذين يعانون من اضطرابات نمائية والعاديين.
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين مهام نظرية العقل والأداء المعرفي الانفعالي لدى الذين يعانون من التوحد.

**دراسة كوباج، ويلسون، وشارزي، أيمي، واطسون (Charisse ،Anne،Watson, 1999 :(Capage ،Wilson;**

هدفت إلى فحص العلاقة بين مهارات التفاعل الاجتماعي ونظرية العقل لدى الأطفال، حيث تكونت العينة من مجموعة من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة واستخدمت الدراسة مقاييس الاعتقاد الخطأ ،والمهارات الاجتماعية، واستبانة المعلم المعيارية، تمت معالجة بيانات الدراسة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط.

وأبرزت نتائج الدراسة ما يلي:

- وجود علاقة بين المهارات الاجتماعية التي تبرز عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ونظرية العقل.
- وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين الاعتقاد الخطأ والمهارات الاجتماعية.

**دراسة باترسون (Peterson, 2002):**

والتي هدفت إلى فحص تطور مفاهيم نظرية العقل لدى الأطفال من خلال إدراك الصور (دراسة مقارنة)، حيث تكونت العينة من ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى أطفال صم متوسط أعمارهم تسع سنوات ونصف، والمجموعة الثانية أطفال يعانون من التوحد متوسط أعمارهم تسع سنوات ونصف، والمجموعة الثالثة أطفال عاديون متوسط أعمارهم أربع سنوات ونصف، واستخدم الباحث مقياسين أولهما: الاختبارات المعيارية لفهم الاعتقاد الخطأ، وثانيهما: مقياس الرسم الخطأ.

وأشارت نتائج الدراسة إلى:

- وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين أداءات الأطفال الصم والأطفال الذين يعانون من التوحد في الاختبارات المعيارية لفهم الاعتقاد الخطأ.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين أداءات الأطفال الصم والأطفال الذين يعانون من التوحد على مقياس الرسم الخطأ.

وهذه الدراسة تعطي الباحث دلالة على أن الأطفال الذين يعانون من إعاقات النمو لديهم مؤشرات لتطور مفاهيم نظرية العقل.

كما أنها أسهمت في تصميم جلسات البرنامج المعد في الدراسة.

**دراسة مايكل، ايما، ماني، راشيل، شارلز، مينز (Michelle, Emma, Mani, Rachel, Carles& Meines, 2002):**

والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين التفاعل الاجتماعي ونظرية العقل لدى الأطفال، حيث تكونت العينة من مجموعة من الأطفال تراوحت أعمارهم بين سنتين

ونـصف إلى ثـلاث سـنوات واسـتخدم الباحـث مقياسـين أولهمـا: مهـام نظريـة العقـل، وثانيهما: مقياس الحالة العقلية من وجهة نظر الأم.

وبينت نتائج الدراسة ما يلي:

- وجود ارتبـاط إيجـابي بـين أداءات الأطفـال في مهـام نظريـة العقـل ووجهـة نظـر الأمهات في الحالة العقلية لأطفالهن.
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين مهـام نظريـة العقـل والحالـة الأمنيـة للطفـل مـن وجهة نظر الأم.
- التنبؤ بوجود تحسن في الأداء على نظريـة العقـل لـدى الأطفـال مـن وجهـة نظـر الأمهات.
- وجود تنبؤ لمقدرة الأطفال اللفظية.

وهـذه الدراسـة تـرتبط بدراسـة الجوالـدة في العمـر العقلـي لـدى الأطفـال العـاديين الذي تناولته هذه الدراسة والعمر العقلي الذي تناوله الجوالدة في دراسته، كما أن هذه الدراسة ارتباطية، أما دراسة الجوالدة فهي دراسة تجريبية صممت جلساتها على مهام نظرية العقل.

**دراسة ميلر (Miller, 2004):**

هـدفت إلى فحـص العلاقـة بـين اللغـة ونظريـة العقـل، وكـان التـساؤل الـرئيس لمشكلة الدراسة هو هل نظرية العقل تتطور بشكل مستقل عن اللغة؟ حيـث تفـرع منـه الأسئلة التالية:

1- هـل يمكـن لأطفـال (Specific Language Impairment (SLI أن ينجحـوا في مهـام الاعتقـاد الخطـأ علـى الـرغم مـن تميـزهم اللغـوي، عنـدما تكون المتطلبات اللغوية لمهمة الاعتقاد الخاطئ متدنية.
2- هل توجد علاقة تنبؤية بين الأداء في تراكيب إكمال الجمل ومهمـة الاعتقـاد الخاطئ، حيث تكونت العينة من ثلاث مجموعات المجموعـة الأولى تكونـت من (15) طفـلاً يعـانون مـن اضـطرابات لغويـة، المجموعـة الثانيـة تكونـت مـن

(15) طفلاً عاديين كمجموعة ضابطة بنفس الفئة العمرية، المجموعة الثالثة تكونت من (15) طفلاً عاديين كمجموعة ضابطة من أجل مستوى الاستيعاب اللغوي في مهمة الاعتقاد الخطأ واستخدم الباحث ثلاثة مقاييس أولها: مقياس معياري لمهام نظرية العقل، وثانيها: مقياس تغير موقع مهمة الاعتقاد الخاطئ، وثالثها: مقياس التمييز بين المهام الحقيقية والتخيلية، وقد استخدم تحليل معامل الارتباط الجزئي، والتحليل الخطي، واختبار ويلكولكسون ومان ويتني لاستقصاء العلاقات بين مقاييس إكمال الجمل والاعتقاد الخطأ لجميع الأطفال لكل مجموعة.

وأبرزت نتائج الدراسة ما يلي:

- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط أداء أطفال SLI ومتوسط أداء أقرانهم في نفس المرحلة العمرية عندما كانت درجة الصعوبة اللغوية في مهمة الاعتقاد الخطأ.
- وتوجد فروق دالة إحصائيا بين نفس المجموعتين في اختبار فهم إكمال الجمل.
- كما توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الأولى والثانية.
- كذلك المجموعتين الأولى والثالثة بين مقياس تغير موقع مهمة الاعتقاد الخطأ واختبار إكمال الجمل.
- كما أبرزت النتائج وجود علاقة خطية بين إكمال الجمل والنجاح في الاعتقاد الخطأ.
- وقد توصلت الدراسة أيضا إلى أن الأطفال الذين يعانون من SLI يمكن أن يكون أداؤهم أفضل عند مستوى عمري مناسب، وأن إتقان إكمال الجمل يعد متنبئا للقدرة في مهام الاعتقاد الخطأ.

**دراسة جرانت، روسو، ميونر، رحمن، بيورك، كورنش (.. Grant, Russo, Munir, Rahman, Burac&.Cornish. 2005):**

بعنوان القصور في نظرية العقل لدى الأطفال المصابين بمتلازمة X الهشة. والتي هدفت إلى فحص القصور في نظرية العقل لدى الأطفال المصابين بمتلازمة X الهشة،

وهل هو خلل في حالات اجتماعية بسيطة حسب حالتهم العقلية، حيث تكونت العينة من ثلاث مجموعات المجموعة الأولى تكونت من أطفال يعانون من التوحد، المجموعة الثانية تكونت من الأطفال يعانون من متلازمة داون، المجموعة الثالثة تكونت الأطفال المصابين بمتلازمة X الهشة، واستخدم الباحث ثلاثة مقاييس أولها: مقياس معياري لمهام نظرية العقل، وثانيها: مقياس تغير موقع مهمة الاعتقاد الخطأ، وثالثها: مقياس التمييز بين المهام الحقيقية والتخيلية.

وبينت نتائج الدراسة ما يلي:

- أن الأطفال المصابين بـ Fragile X Syndrome لديهم بالفعل ضعف في نظرية العقل مقارنة بالمجموعة الأولى أطفال يعانون من التوحد والثانية أطفال يعانون من متلازمة داون.
- وجود فروق دالة إحصائية في أنماط الاعتقادات الخاطئة، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس التمييز بين المهام الحقيقية مقابل المهام التخيلية مما يوحي بوجود تطور غير قياسي يتجاوز التأخر المعرفي العام، ويتبين من هذه الدراسة أن مهام نظرية العقل قد تتطور متجاوزة بذلك التأخر المعرفي العام، وذلك يرجع إلى طبيعة عينة الدراسة.

**دراسة كاتي وهيلين (Kate and Helen , 2005):**

وذلك لفحص مستوى الخطأ من الدرجة الثانية في متلازمة ويليامز Williams Syndrome، كما هدفت الدراسة إلى تحديد خصائص هؤلاء الأطفال، وتكونت العينة من أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وتبين بأنهم يتسمون بخصائص منها، الألفة غير العادية، الاهتمام القوي بالآخرين، اجتماعيون كثيراً، ودودون، منطلقون، مهتمون كثيراً بسعادة الآخرين، منساقون لأوجه البشر ومستجيبون بشكل كبير لآلام الآخرين، وهذا الاهتمام القوي بالآخرين والمرتبط بقدرات تعابير الوجه الممتازة، واستخدام اللغة بطرق اجتماعية جداً، إلا أنهم يواجهون صعوبة كبيرة مع نظرائهم.

وقد توصل الباحثان إلى أن الأطفال الذين يعانون من متلازمة ويليامز لديهم مهام نظرية العقل، ويستفيدون من سلوك الآخرين فيما يتعلق بمجموعة من الحالات العقلية

المتوافقة والمرتبطة بسبب ما (مثل الاعتقادات، الرغبات والنوايا)، وأن غالبية الأطفال المصابين أدُّوا جيداً في مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الثانية.

## البحوث التي اهتمت بجانب الإعاقة العقلية:

### أولاً: الدراسات العربية

**دراسة الجوالدة (2008):**

وهي بعنوان فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً في الأردن.

حيث هدفت الدراسة الى استقصاء فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً في الأردن.

حيث بلغ عدد أفراد الدراسة (ن = **42**) منهم (ن=**25** ذكراً) و(ن= **17** أنثى)، وتتراوح أعمارهم الزمنية بين **8 ـ 15** سنة بمتوسط عمر زمني يبلغ **11.37** سنة وبانحراف معياري مقداره **1.88**. وصممت الدراسة برنامجاً تربويًا قائماً على نظرية العقل عدد جلساته **39** جلسة بواقع **45.30** ساعة ونصف ، كما أعدت قائمتي الملاحظة للبيئة المنزلية والمدرسية لقياس المهارات الأدائية والحياتية ، وبعد جمع البيانات تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وt ـ test وتحليل التباين المشرك ANCOVA

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ **0.05**) في قائمتي الملاحظة المنزلية والمدرسية ولصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج التربوي القائم على نظرية العقل.

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ **0.05**) بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية في قائمة الملاحظة المدرسية لصالح الذكور في المجموعة التجريبية، كما تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في قائمة الملاحظة المنزلية.

3- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتفاعل بين نوع البرنامج والجنس في أداء الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية كما تقاس بأدوات الدراسة، مما يدل على عدم وجود تفاعل.

وبناءً عليه توصي الدراسة بضرورة إجراء دراسات مستقبلية تقوم على تصميم برامج مستندة إلى نظرية العقل في تنمية مهارات السلامة العامة للأطفال المعاقين عقلياً

- وتبين ان دراسة الجوالدة تختلف عن الدراسات التي اجريت في هذا المجال في موضوعها من حيث إنها صممت برنامجاً تربوياً قائماً على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.
- كما تبين اختلاف الدراسة عن غيرها من الدراسات السابقة بأهميتها وبالأدوات التي أعدها الباحث مثل البرنامج التربوي المقترح القائم على نظرية العقل، قائمة الملاحظة المنزلية للمهارات الأدائية الحياتية، وقائمة الملاحظة المدرسية للمهارات الأدائية الحياتية
- وتعد الدراسة الحالية من الدراسات التجريبية الأولى في موضوع إعداد برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.

وتعليقاً على ما توصل اليه الجوالدة (2008)، فبخصوص النتيجة الأولى والتي توصلت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في قائمتي الملاحظة المنزلية والمدرسية ولصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج التربوي القائم على نظرية العقل، ولمناقشة هذه النتيجة يتم التفسير لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة في موقف الأداء البعدي على أدوات الدراسة، وذلك من خلال حساب الفروق بين المجموعتين في المهارات الأدائية الحياتية، والفروق بين متوسطات أفراد الدراسة في كلتا المجموعتين على أدوات القياس في التطبيق البعدي وكانت لصالح المجموعة التجريبية كما اتضحت فروق بين متوسطات أفراد الدراسة في المجموعتين الضابطة

والتجريبية حسب المجالات على قائمتي الملاحظة المدرسية والمنزلية في التطبيق البعدي وكانت لصالح المجموعة التجريبية، وبكل المجالات وهذه النتيجة تبين أن البرنامج حقق فاعلية في تنمية جميع مجالات المهارات الأدائية الحياتية، إذ إن المجموعتين كانتا متكافئتين قبل تطبيق البرنامج ثم تفوقت المجموعة التجريبية على المجموعة الضابطة، بعد تطبيق البرنامج التربوي المعد في الدراسة، والنتائج التي تم التوصل إليها تتفق مع ما توصل إليه حماد (1994) وسميث وكورترينج (Smith&Kortering,1996) في تطبيق أحد مجالات المهارات الحياتية والذي تم تصميمه بالبرنامج وهو مجال فاعلية برامج الحاسوب مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وتتفق الدراسة مع الدراسات التي قامت ببناء برامج قائمة على نظريات متعددة لتنمية مهارات التفكير مثل مالون (Malon,1990) (الإمام، 1996) (البواليز، 2006)، وتتفق مع الدراسات التي قامت على تنمية الطلاقة الحركية، والمرونة الحركية مثل جولد (Gold,1981) ( الإمام، 1996)، والدراسات التي اهتمت بتدريس المهارات الرياضية والحركية للمعاقين عقلياً مثل دراسة سميث وكورترينج (Smith&Kortering,1996 ) (العنزي، 2004)، واتفقت مع دراسة مالون (Malon,1990)، (قاسم وعبد الرحمن، 2006) في فاعلية البرنامج الترويحية في تنمية المهارات الحياتية وتحسين التكيف للمعاقين عقليا، واتفقت مع دراسة واطسون وشارزي، أيمي، ويلسون، كوباج (Watson,et,al,1999). من حيث وجود علاقة بين المهارات الاجتماعية التي تبرز عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ونظرية العقل، واتفقت مع دراسة جان.ك بيوتلير، مارلين، فان درويس (Buitelaa, et,al,1997) كما بينت النتائج وجود ارتباط ايجابي بين الأداء في مهام نظرية العقل والأداء المعرفي الانفعالي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية، واتفقت مع دراسة ميلر (Miller،2004) بأنه لا يوجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط أداء أطفال SLI ومتوسط أداء أقرانهم في مهمة الاعتقاد الخطأ، واتفقت مع دراسة جرانت، روسو، ميونر، رحمن، بيورك، كورنش (Grant,et,al,2005) في أن مهام نظرية العقل قد تتطور متجاوزة بذلك التأخر المعرفي العام، وذلك يرجع إلى طبيعة عينة الدراسة،

واتفقت مع دراسة باترسون (Peterson,2002)، في أن الأطفال الذين يعانون من إعاقات النمو لديهم مؤشرات لتطور مفاهيم نظرية العقل، واتفقت مع دراسة شولموكرافت، وشولموكاتز، وإنبال ألفا ـ رولر، وستاكي يوهوشا ( Shlomo Kravetz et,al,2003) بين تطور نظرية العقل وجودة الحياة من وجهة نظر الأفراد البالغين ذوي الإعاقة عقلية، ويتبين أن نتائج الدراسة في كل مجال من مجالاتها الخمسة التي تناولتها قائمتا الملاحظة سواء المدرسية أو المنزلية قد أشارت إلى فاعلية البرنامج، حيث يعد البرنامج وسيلة تعليمية وتدريبية لمواجهة متطلبات الحياة الاجتماعية، وهذا ما أشارت إليه الدراسات السابقة في مجملها أو في أجزاء تناولتها الدراسة، ولقد تبين للباحث أثناء إجراء تجربته على هذه الفئة من الأطفال التغير الحادث في الحالة السلوكية والانفعالية والاجتماعية والعقلية، حيث راعى خصائص هؤلاء الأطفال أثناء تنفيذ جلسات البرنامج، ولقد ظهر عليهم: الألفة مع الباحث، الترحيب في تنفيذ الجلسات، الأسئلة عما يمكن عمله في الجلسات المستقبلية، لهفتهم على ما يمكن أن يمليه الباحث عليهم من التعليمات والإرشادات، الميل نحو النظام داخل الجلسة، الاستمتاع بالإجراءات، محاولة الوصول إلى نوايا الباحث فيما يمكن ممارسته من أنشطة وما يطلب منهم من تعليمات. وفي هذه الجزئية يعتقد بان أصحاب نظرية العقل عندما أكدوا على قدرة الفرد على تمثيل نوايا الآخر فإنه يمتلك نظرية العقل، وبالتالي حقق البرنامج القائم على المراحل الست لنظرية العقل محل الدراسة مستهدفاته مسترشداً بالنتائج الإحصائية التي تم التوصل إليها في معالجة هذا الفرض.

والدراسة الحالية اختلفت مع ما توصل إليه مان (Mann 1991)، حيث أشار إلى وجود فروق في جودة ومقدار الإنجاز فيما يمكن تذكره لدى المعاقين، وكذلك اختلفت مع ما توصل إليه هايس وتابلن (Hayes& Taplin 1993) من أن المعاقين عقليا يميلون إلى الاعتماد على المعلومات السابقة فقط، وقد يرجع هذا الاختلاف من وجهة نظر الباحث إلى عدة مشاهدات من واقع تنفيذ جلسات البرنامج مع فئة الأطفال القابلين للتعلم، يذكر منها: عندما يطلب الباحث من أطفال عينة الدراسة اتباع

تعليمات معينة كانت الاستجابة مناسبة للتعليمات، عندما يطلب تنفيذ مهمة تم التدريب عليها يلاحظ الجودة في التنفيذ، مما أثار إعجاب المعلمات والأهل، ودليل ذلك اقتراب المعلمات من الباحث أثناء تنفيذ الجلسات واستفسارات الأهل من مديرة المركز عن التحسن الملحوظ في أداء أطفالهم، تبين في تنفيذ جلسات البرنامج قدرة الأطفال على الربط بين بعض المهارات التي تناولتها الجلسات السابقة والمهارات التي تناولتها الجلسات اللاحقة، والتغيير الحادث في حالات الأطفال الذي عبر عنه المعلمات والأهل يرجعه الباحث إلى التخطيط المنظم والاستراتيجيات المستهدفة التي نفذت بها الجلسات، وهذا يؤكد أن المعلومات التي تعطى لهذه الفئة من الأطفال بجدتها ونوعيتها ومراعاة القدرات ومناسبتها للاحتياجات تحدث هذا التغيير، إذاً الأطفال لا يعتمدون على المعلومات السابقة ويتعاملون بها بصورة نمطية وإنما يتعاملون مع المعلومات السابقة واللاحقة وتوظيفها في المهام المطلوبة على مدار جلسات البرنامج.

بالنسبة للنتيجة الثانية والتي توصلت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية في قائمة الملاحظة المدرسية لصالح الذكور في المجموعة التجريبية، كما تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في قائمة الملاحظة المنزلية.

ولتفسير هذه النتيجة تم إجراء حساب الفروق بين متوسطات الذكور والإناث في المجموعتين الضابطة والتجريبية في التطبيق البعدي على قائمتي الملاحظة باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، تبين أن هنالك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية على قائمة الملاحظة المدرسية وكانت لصالح الذكور في المجموعة التجريبية. ولا توجد فروق على قائمة الملاحظة المنزلية بين الذكور والإناث، ويتضح من النتائج عدم وجود فروق بين الذكور والإناث. وأكدت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسطات أفراد الدراسة في المجموعتين الضابطة والتجريبية على أدوات الدراسة في التطبيق البعدي على (قائمتي

الملاحظة المنزلية والمدرسية) للمهارات الأدائية الحياتية يعزى لتطبيق البرنامج التربوي القائم على نظرية العقل، ويمكن تفسير ذلك بناءً على مناقشة هذه النتيجة على النحو التالي: يعني ذلك إلى النظرة الكلية من قبل الأهل للإعاقة بنوعيتها وشدتها ولا يميزون بين الذكور والإناث فيما يعانون فيه مما يؤكد على اثر الصدمة التي تواجه الأهل بوجود طفل معاق داخل الأسرة وبالتالي كانت الاستجابات على قائمة الملاحظة المنزلية صادقة لأنها نابعة من أثر الإعاقة دون اعتبار للجنس فعاطفة الوالدين تبحث عن تلبية رغبات الأبناء دون التفريق عملا بمبدأ (أبناؤنا فلذات أكبادنا)، وتؤكد هذه النتيجة أن مراعاة الأسرة للابن المعاق في شتى المناحي، منها إشباع حاجاته الأساسية والبعد عن إشعاره بالألم ومراعاة حاجاته للتعلق والدفء في إطار أن المعاق لا يقوى على الانفراد بمواجهة وتلبية متطلبات الحياة. من هنا كانت ضرورة احتضان الوالدين للطفل كي يعملا على تربيته وتنشئته ليقوى على مواجهة الحياة ومتطلبات العيش فيها، في حين بينت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور على قائمة الملاحظة المدرسية، وقد يعني ذلك من وجهة نظر الباحث أن الأخصائيين ينظرون إلى الذكور على أنهم قادرين على الإتيان بحركات جسمية، وهي تتطلب قدرة الجسد بالإضافة إلى أن لديهم بعض المهارات المكانية، كما أنهم يتمتعون بالسلوك الاستكشافي، وهذا مستنتج من حركة الذكور داخل المركز، مما أثر على نتائج هذا الفرض الذي بينته المعالجة الإحصائية، كما بينت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور على قائمة الملاحظة المنزلية في المجالين الثاني والرابع على الترتيب (القيام بنشاطات تتطلب معاملات في المجتمع ،مهارات السلامة العامة) وذلك في التطبيق القبلي وتبين عدم وجود فروق على قائمة الملاحظة المدرسية بين الذكور والإناث في جميع المجالات، وقد تبين من هذه النتيجة انه يوجد فروق في المجالات على قائمة الملاحظة المنزلية في التطبيق القبلي في المجالين الثاني (القيام بنشاطات تتطلب معاملات في المجتمع ) والرابع (مهارات السلامة العامة)، وكانت لصالح الذكور، وبعد إجراء التطبيق البعدي تبين وجود فروق فقط في المجال الرابع (مهارات السلامة العامة)

ولصالح الذكور وعلى قائمة الملاحظة المنزلية، مما يدفع الباحث إلى القول بأن البرنامج قد حقق فاعلية على المجال الثاني وهو على الترتيب (القيام بنشاطات تتطلب معاملات في المجتمع مثل التسوق والشراء والتنقل واستخدام المواصلات واتباع التعليمات وقواعد المرور أثناء التنقل)، حيث طرأ تحسن على أداء الإناث في البرنامج وتفعل هذا المجال لديهم بعد تطبيق البرنامج الذي قامت جلساته باستخدام أسس ومبادئ نظرية العقل في التعامل مع فئة الدراسة، وتوظيف هذه المهارات الأساسية في إطار المفاهيم التي تناولتها هذه النظرية. إن الفروق التي اتضحت من المعالجة الإحصائية بين الذكور والإناث كانت في بعض المجالات دون الأخرى من وجهة نظر الأهل ويعتقد الباحث أن وجهة نظر الأهل تقترب من الدقة والصحة في الحكم على الحالة التي يمر بها أطفالهم من خلال تصرفاتهم وسلوكاتهم ومعايشتهم اليومية طول الوقت.

بينما النتيجة التي تمخضت عن المعالجة الإحصائية حسب كل مجال على حدة في قائمة الملاحظة المدرسية ترجع لأسباب عديدة قد يكون منها أسلوب المعالجة الإحصائية،أو أن مراكز التربية الخاصة تريد أن تعطي أجمل صورة عن الوضع داخل المراكز ،والمعلمون دائما في مجال التربية الخاصة يتمثلون الوضع المثالي للأطفال ذوي الإعاقات أمام الزائرين والأهل ويتباهون بالسلوكات والتصرفات الجيدة التي تبرز من هؤلاء الأفراد بل يتبنون بالسلوكات الفريدة التي قد تحدث فجأة من طفل معاق وعندما يستجيب المعلمون ربما تكون استجاباتهم تلبية لرغبة الآخرين ونواياهم ومقاصدهم وبالتالي يتمثلون أحد مبادئ نظرية العقل على أنفسهم.

أما النتيجة الثالثة فقد توصلت الى " عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) للتفاعل بين نوع البرنامج والجنس في أداء الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية كما تقاس بأدوات الدراسة"، مما يدل على عدم وجود تفاعل.

وبعد استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لاختبار التفاعل بين الجنس والبرنامج، بينت نتائج هذا التحليل عدم وجود اثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى

الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) للتفاعل بين الجنس والبرنامج بين متغيري المجموعة والجنس على قائمتي الملاحظة المنزلية والمدرسية، وقد أشارت هذه النتيجة إلى أن التغيير الناجم في الأداء لم يظهر فروقاً ذات دلالة إحصائية لعملية التفاعل، بمعنى أن التحسن الذي طرأ على أداء الذكور نتيجة لتطبيق البرنامج التربوي لا يختلف كثيرًا عن التحسن الذي طرأ على الإناث وذلك نتيجة تعرض الجنسين لنفس البرنامج وان متغير البرنامج لم يؤثر على جنس دون الآخر، مما يؤكد فاعلية هذا البرنامج بغض النظر عن الجنس، ويرى الباحث أن طبيعة المجالات التي تضمنها البرنامج كانت ذات طبيعة عامة لا تشكل خصوصية معينة لجنس من الجنسين.كما أن البرنامج قد تم تنفيذه باستخدام نفس الطرق والأساليب، مما أدى إلى عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية للتفاعل بين البرنامج والجنس، وفي ضوء مراجعة أدبيات الدراسة والنتائج التي تمخضت من المعالجة الإحصائية تبين أن نظرية العقل قد أسهمت في تطوير رؤية جديدة في تنمية المهارات الأدائية الحياتية لدى المعاقين عقليا القابلين للتعلم، حيث حظيت هذه النظرية في الآونة الأخرى بمزيد من الاهتمام في الدوائر التربوية، ولعل أهم ما يميز هذه النظرية عن النظريات التربوية الأخرى أنها تمتلك الأدوات المناسبة لإحداث التنمية في كل المجالات لدى بني البشر، وعلى الرغم من ذلك ينبغي الاعتراف بأن هذه النظرية ما تزال في بداية الطريق ولاسيما مع الأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة في البيئة العربية، حيث تخلو تماما من وجود دراسات على فئة الدراسة الحالية بل وكل فئات التربية الخاصة، وإن كان تمت دراستها في البيئات الأجنبية إلا أن دراستها لا تزال قليلة للغاية، ولكن يستطيع الباحث أن يؤكد على أنها لن تكون بديلاً عن النظريات المعرفية أو السلوكية والنظريات الأخرى، إلا أنها ستكون معززة لهذه النظريات ومكملة لها، ويبدو أن هذه النظرية لا تزال بحاجة إلى أن تقطع شوطا كبيرًا من التطور قبل أن يصبح بالإمكان استخدامها على نطاق واسع، ولاسيما بين المربين والعاملين في مجال تربية ذوي الاحتياجات الخاصة ، ولعل هذا يتوقف على وجود نخبة من التربويين المتحمسين لهذه النظرية الذين يأخذون على عاتقهم تفعيل مبادئها وأدواتها كي تصبح

أكثر قابلية للاستيعاب والتوظيف في المجالات التربوية للارتقاء بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة على وجه التحديد.

**دراسة الإمام والجوالدة (2008):**

وهي بعنوان دراسة لبعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في ضوء نظرية العقل.

حيث هدفت الى دراسة العلاقة بين نظرية العقل وعلاقتها ببيئة التعلم الفردي والجمعي، والجنس، والأعمار الزمنية بنظرية العقل على عينة (ن = **42**) طفلا معاقاً عقلياً قابلاً للتعلم باستخدام المقياس المصور لتطور مراحل نظرية العقل من إعداد الباحثان وقد توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لبيئة التعلم الفردي كما اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في مجموعة التعليم الفردي.
- بينما اظهر البحث الحالي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في التعليم الجمعي.
- كما ابرز البحث الحالي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعمار الزمنية تصاعدياً، حيث تبين أنه كلما زادت الأعمار اتضحت مهام نظريه العقل.
- وتوصي الدراسة الحالية بضرورة استخدام استراتيجيات تدريسية قائمة على مبادئ وأسس نظرية العقل لدى ذوي الاحتياجات الخاصة.

**وفي دراسة أخرى أجراها الإمام، والجوالدة (2008): دراسة مراحل تطور نظرية العقل لدى المعاقين عقلياً.**

حيث هدفت الدراسة الى التعرف على الفروق في مراحل تطور نظرية العقل لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم كما يكشف عنها مقياس تطور نظرية العقل المصور، وتحديد ما إذا كان هناك اتفاق بين مراحل تطور نظرية العقل والأعمار الزمنية، ومعرفة مدى الفروق بين الجنسين والفروق بين بيئتي التعلم الأقل حظا والأكثر حظاً

لدى المعاقين عقلياً ، وتكونت العينة من (42) طفلاً وطفلة (25 طفلاً و17 طفلة) وتراوحت أعمارهم الزمنية بين 8 ـ 15 سنة بمتوسط عمر زمني يبلغ 11.37 سنة وبانحراف معياري مقداره 1.88.

وقد أشارت نتائج البحث إلى وجود اتفاق بين مراحل تطور نظرية العقل والأعمار الزمنية، فكلما تقدم العمر ازدادت مهام نظرية العقل وتبين وجود فروق لدى الإناث على أداة البحث. كما اتضح أن البيئات الأكثر حظا كانت ذات أداء مرتفع مقارنة بالبيئات الأقل حظا على أداة البحث. مما يدفع الباحثان إلى التوصية بمراعاة خصائص المعاقين عقليا في تقديم البرامج التربوية المستندة إلى نظرية العقل.

## ثانياً: الدراسات الأجنبية

وكما بينت دراسة سولوريان وتاجر وفلسبيري وزاتشك (Tager - 1994, Sulliran Flusbery& Zaitchik,) والتي هدفت إلى المقارنة بين الأطفال المصابين بمتلازمة ويليامز Williams Syndrome والأطفال المصابين بالتوحد ومجموعة من أطفال يعانون من الإعاقة العقلية، في فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الثانية، والمجموعات الثلاث متجانسة من حيث العمر الزمني (4.08 إلى 5.25 سنة).

وقد تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أطفال المجموعتين الثانية والثالثة وفقا لمهام الخطأ من الدرجة الثانية، وتبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أطفال المجموعتين الأولى والثالثة لمهام الخطأ من الدرجة الثانية.

وفي دراسة أجراها كل من سميث وكاليميا وبيلوجي وجرانت وكوهين (Cohen _ Karmiloff & Baron، Grant، Bellugi، Klima، Smith, 1995) هدفت إلى فحص الخطأ من الدرجة الثانية، كانت المجموعة الأولى تضم أطفالاً مصابين بمتلازمة ويليامز، وشملت 22 طفلاً منهم 13 أنثى و9 ذكور، والمجموعة الثانية تضم أطفالاً مصابين بمتلازمة Prader Willi وشملت 14 طفلاً مصابين بمتلازمة Prader Willi منهم 4 إناث و10 ذكور، والمجموعة الثالثة تضم أطفالاً يعانون من إعاقات عقلية وشملت 13 طفلاً منهم 7 إناث و6 ذكور، تم استخدام اختبار مفردات حسي

ومقاييس إليوت.Elliot للفروق الفردية واختبار ذكاء Kaufman Brief كمقياس عام للمستوى العقلي. واستخدام اختبار لتصنيف الخطأ من الدرجة الثانية طوره سولفيان Sullivan وآخرون عام 1994. وقد استخدموا القصة كأسلوب عرض ومسجل بهدف تسجيل الأجوبة، وتم إجراء اختبارT ـ Test واختبار ANOVA لاختبار الأداء.

وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعات الثلاث الضابطة في متغيرات الدراسة على مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الأولى.

وأشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعات الثلاث التجريبية في متغيرات الدراسة على مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الثانية. كما تبين وجود فروق بين الأطفال المصابين بمتلازمة ويليامز Prader Willi والأطفال المعاقين عقلياً على مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الثانية لصالح الأطفال المصابين بمتلازمة ويليامز، كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في استخدام الإجابات المتنوعة للإجابة الصحيحة للاعتقادات من الدرجة الثانية.

وفي دراسة قامت بها هاب (Happe، 1995) هدفت إلى فحص تجريبي لقدرات نظرية العقل على عينات (ن= 70) طفلاً يعانون من التوحد، (ن= 34) طفلاً معاقاً عقلياً، (ن= 70 ) طفلاً عادياً، حيث تراوح العمر العقلي 6 سنوات و9 أشهر للعاديين و11 عاما و7 أشهر لأفراد التوحد، و9 سنوات وشهران للمعاقين عقليا، من خلال الأداء على مهمتي اعتقاد خطأ كلاسيكيّتين، مهمة سالي وآن، ومهمة حلوى السمارتيز، توصلت الدراسة إلى أن (20٪) من أفراد التوحد نجحوا في المهمتين، وبلغت (56٪) لدى العاديين، وبلغت (58٪) عند المعاقين عقليا.

وقد تبين من التحليلات الإحصائية وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي التوحد والإعاقة العقلية وكانت لصالح أفراد الإعاقة العقلية، بينما اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المشاركين المعاقين عقليا والعاديين في مهمتي نظرية عقل، مهمة سالي وآن ومهمة حلوى السمارتيز.

وفي دراسة قام بها كل من نوريت يرميا ، واوسنات ايريل، مايكل شاكيد ودافناسولومونيكا (Yirmiya, Osnat Erel, Michal Shaked, and DaphnaSolomonica ـ 1998) بهدف المقارنة بين أفراد يعانون من التوحد وأفراد معاقين عقليا وأفراد عاديين في مهام نظرية العقل، حيث كانت أعمار أطفال عينة الدراسة فئة التوحد والإعاقة العقلية من (5 ـ 6) سنوات، وأعمار الأطفال من العاديين من (3 ـ 4) سنوات حيث تم فحص تسع مهام لنظرية العقل، توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المعاقين عقليا والعاديين في مقياس مهام نظرية العقل لصالح العاديين، كما بينت نتائج وجود فروق دالة إحصائية بين أداء المعاقين عقليا وأداء أفراد التوحد لصالح المعاقين عقليا.

وقد أجرى سولوريان وتاجر (Sulliran Tager - Flusbery1999) دراسة هدفت إلى المقارنة بين الأطفال المصابين بمتلازمة ويليامز Williams Syndrome والأطفال المصابين بمتلازمة برادرويلي Prader - Wili Syndrome ومجموعة من أطفال يعانون من الإعاقة العقلية، في فحص المعتقد الخطأ من الدرجة الثانية، والمجموعات الثلاث متطابقة من حيث العمر 5 إلى 7 سنوات، ودرجة الذكاء، والقدرة اللغوية، وقد تبين وجود فروق دالة إحصائية بين أطفال المجموعتين الأولى والثانية لصالح أفراد المجموعة الأولى وفق مهام نظرية العقل على مستوى الخطأ من الدرجة الأولى ، وتبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أطفال المجموعتين الثانية والثالثة وفق مهام نظرية العقل على مستوى الخطأ من الدرجة الأولى والخطأ من الدرجة الثانية، وتبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أطفال المجموعتين الأولى والثالثة وفق مهام نظرية العقل على مستوى الخطأ من الدرجة الأولى والخطأ من الدرجة الثانية.

وفي دراسة تجريبية قام بها كل من نوريت يرميا ، واوسنات ايريل، مايكل شاكيد ودافناسولومونيكا. (Yirmiya, Osnat Erel, Michal Shaked, and DaphnaSolomonica ـ 1999) بهدف المقارنة بين أفراد يعانون من التوحد وأفراد معاقين عقليا وأفراد يعانون من متلازمة داون وأفراد عاديين، في التواصل البصري ومهام نظرية العقل، حيث كانت أعمار

أطفال المجموعة الأولى الذين يعانون من التوحد (ن= 25)، وكانت أعمار أطفال المجموعة الثانية الذين يعانون الإعاقة العقلية (ن= 21)، وكانت أعمار أطفال المجموعة الثالثة الذين يعانون من متلازمة داون (ن= 19)، وكانت أعمار أطفال المجموعة الرابعة أطفال عاديون (ن= 21). حيث استخدمت أشرطة الفيديو بهدف جمع البيانات وقد تم عرض CD يحتوي على مهمة واحدة لنظرية العقل، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود ضعف ملحوظ لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد في سلوكات الانتباه.
- وجود ضعف ملحوظ لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد في التفاعل الاجتماعي كما هو موضح في استخدام السلوكات غير اللفظية كتواصل ضعيف في العين هو أيضاً يعد أحد المعايير الشخصية للتوحد ويعود ذلك إلى صعوبات إدراكهم لعقول الآخرين.
- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعة أفراد متلازمة داون والأفراد ذوي الإعاقات العقلية في التواصل البصري ومهام نظرية العقل.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعة الأفراد الذين يعانون من التوحد ومجموعة أفراد متلازمة داون في التواصل البصري و مهام نظرية العقل وكانت لصالح مجموعة أفراد متلازمة داون.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعة الأفراد الذين يعانون من التوحد والأفراد ذوي الإعاقات العقلية في التواصل البصري ومهام نظرية العقل وكانت لصالح مجموعة ذوي الإعاقات العقلية.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين الأفراد العاديين والمجموعات الثلاث على متغيرات الدراسة وكانت لصالح العاديين.

وفي دراسة قام بها كل من شولموكرافت، وشولموكاتز، وإنبال ألفا – رولر، وستاكي يوهوشا (Shlomo Kravetz, Shlomo Katz, and Inbal Alfa-Roller Stacy Yehoshua,2003) وكانت بعنوان مهام نظرية العقل وجودة الحياة Quality

of Life (QOL) من وجهة نظر الأفراد البالغين ذوي الإعاقة العقلية. حيث تكونت العينة من (ن= 75) معاقا عقليا بالغا بمتوسط عمر زمني 39 عاماً وانحراف معياري 9،8، وبنسبة ذكاء من (40 ــ 70) درجة استخدمت الدراسة مقاييس متعددة الأوجه، مقياس QOL الاجتماعية، العاطفي ــ المعرفي الفرعي، مقياس QOL السكنية المعرفي ــ العاطفي الفرعي، مقياس QOL للمصادر الاجتماعية الفرعي، مقياس QOL للمصادر الوظيفية الفرعي.

- أبرزت النتائج عدم وجود علاقة بين تطور نظرية العقل وجودة الحياة.
- وجدت علاقة دالة إحصائيا بين مهام TOM ومتغيرات الدراسة.
- بينت النتائج أن عينات الدراسة لم يناقضوا أنفسهم بالاستجابة للعبارات المتناقضة الموجودة في مقاييس الدراسة مما يدل على نضوج الـ TOM لديهم.
- وجود علاقة طردية بين تطور TOM والاستعدادات البين ــ شخصية والاجتماعية.
- وجود علاقة طردية بين تطور TOM والقدرات اللغوية.
- وجود علاقة طردية بين تطور TOM وجودة الحياة.

وفي دراسة مايكا وكويوتو (Mika ، Kituo, 2004) بعنوان المعرفة الدلالية ونظرية العقل دراسة مقارنة، تكونت العينة من ثلاث مجموعات المجموعة الأولى تكونت من أطفال يعانون من التوحد، المجموعة الثانية تكونت من الأطفال يعانون من الإعاقة العقلية ، المجموعة الثالثة تكونت من الأطفال العاديين، واستخدم الباحث مقياسين أولهما: مقياس استيعاب الجمل المبنية للمعلوم والمبنية للمجهول، وثانيهما: مقياس فهم الاعتقاد الخطأ.

توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة الأولى أطفال يعانون من التوحد والمجموعة الثالثة الأطفال العاديين في اختبار المعرفة الدلالية، كما بينت عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة الأولى والمجموعة الثانية في اختبار المعرفة الدلالية، كما بينت وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين الأولى والثالثة في

فهم الاعتقاد الخطأ، كما بينت وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال الذين يعانون من التوحد والأطفال يعانون من الإعاقة العقلية في فهم المعتقدات الخاطئة لصالح أطفال التوحد

ويتضح من النتائج أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يمتلكون ذكاء لفظيا معينا، ويمكنهم الاستفادة من المعرفة الدلالية من أجل استيعاب جمل مثل الأطفال العاديين، وأن القدرة على استيعاب الجمل مستقلة بشكل نسبي عن نظرية العقل.

**تعقيب على الدراسات ذات الصلة والتي تناولها المحور الثاني:**

حيث تناول:

**أ- نظرية العقل والتي أجريت لفئات متباينة من الأطفال:**

توصلت دراسات هذا المحور إلى جملة من النتائج على النحو التالي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات عمرية متباينة في مقياس المعتقدات الخطأ (False Beliefs)، كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس المعتقدات الخطأ (قبلان، **2004**).
- وأبرزت النتائج وجود علاقة بين المهارات الاجتماعية التي تبرز عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ونظرية العقل (**Watson et,al ,1999**).
- كما بينت النتائج وجود ارتباط إيجابي بين الأداء في مهام نظرية العقل والأداء المعرفي الانفعالي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية والعاديين، كما تبين عدم وجود علاقة ارتباطية بين مهام نظرية العقل والأداء المعرفي الانفعالي لدى الذين يعانون من التوحد (**Buitelaar et,al..,1997**).
- وأبرزت دراسة (**Miller,2004**) أنه لا يوجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط أداء أطفال SLI ومتوسط أداء أقرانهم في المرحلة العمرية نفسها عندما كانت درجة الصعوبة اللغوية في مهمة الاعتقاد الخطأ.

- وتبين وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين أداءات الأطفال الصم والأطفال الذين يعانون من التوحد في الاختبارات المعيارية لفهم الاعتقاد الخطأ (Meins et,al..,2002), (Peterson ,2002) .
- وتبين أن الأطفال المصابين بـ FXS لديهم ضعف في نظرية العقل مقارنة بأطفال يعانون من التوحد وأطفال يعانون من متلازمة داون (Grant et,al..,2005).
- أبرزت الدراسات (Kate and Helen، 2005) أن الأطفال الذين يعانون من متلازمة ويليامز لديهم مهمات نظرية العقل، وأن غالبية الأطفال المصابين أدّوا جيداً في مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الثانية.
- وتبين أن الأطفال الذين يعانون من SEI يمكن أن يكون أداؤهم أفضل عند مستوى عمري مناسب، وأن إتقان إكمال الجمل يعد متنبئا للقدرة في مهام الاعتقاد الخطأ (Meins et,al..,2002).
- ومهام نظرية العقل قد تتطور متجاوزة بذلك التأخر المعرفي العام، وذلك يرجع إلى طبيعة عينة الدراسة (Grant et,al.,2005).
- بينت بعض الدراسات (Peterson,2002) أن الأطفال الذين يعانون من إعاقات النمو لديهم مؤشرات لتطور مفاهيم نظرية العقل،كما أنها أسهمت في تصميم جلسات البرنامج المعد في الدراسة
- أن جميع الأطفال المصابين بمتلازمة إسبيرجر قد اجتازوا مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الأولى (Bowler,1992).

ب- تعقيب على الدراسات ذات الصلة والتي تناولها المحور الثاني:

حيث تناولت دور نظرية العقل مع فئة المعاقين عقلياً:

يستخلص من دراسات هذا المحور نقاط الاختلاف والاتفاق،فقد تبين عدم وجود فروق في متغيرات درست على أطفال الإعاقة العقلية وفئات أخرى من الأطفال ذوي الإعاقات، ويتم عرضها على النحو التالي:

- بين أطفال التوحد والإعاقة العقلية وفق مهام الخطأ من الدرجة الثانية، كذلك بين الأطفال المصابين بمتلازمة ويلياميز والإعاقة العقلية لمهام الخطأ من الدرجة الثانية (Sulliran، et,al و T1994).
- بين الأطفال المصابين بمتلازمة ويليامز والأطفال المصابين بمتلازمة بريدويلي Prader Willi وأطفال يعانون من إعاقات عقلية في مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الأولى (Smith,et,al,1995).
- بين أطفال مصابين بمتلازمة ويليامز ومصابين بمتلازمة Prader Willi وأطفال يعانون من إعاقات عقلية في استخدام الإجابات المتنوعة للإجابة الصحيحة للاعتقادات من الدرجة الثانية وبين المشاركين المعاقين عقليا والعاديين في الأداء على مهام نظرية عقل (Happe، 1995).
- بين أطفال مصابين بمتلازمة برادرويلي Prader - Wili Syndrome وأطفال يعانون من الإعاقة العقلية وفق مهام نظرية العقل على مستوى الخطأ من الدرجة الأولى والخطأ من الدرجة الثانية، وبين أطفال مصابين بمتلازمة ويليامز وأطفال يعانون من الإعاقة العقلية وفقا لمهام نظرية العقل على مستوى الخطأ من الدرجة الأولى والخطأ من الدرجة الثانية (Sulliran ,et,al 1999).
- بين مجموعة أفراد متلازمة داون والأفراد ذوي الإعاقات العقلية في التواصل البصري و مهام نظرية العقل (Yirmiya ,et,al. 1999).
- بين تطور نظرية العقل وجودة الحياة من وجهة نظر الأفراد البالغين ذوي الإعاقة عقلية (Shlomo Kravetz ,et,al2003).
- بين أطفال يعانون من التوحد والأطفال العاديين في اختبار المعرفة الدلالية، وبين أطفال يعانون من التوحد والأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية في اختبار المعرفة الدلالية (Mika،Kituo, 2004).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a \geq 0.05$) للتفاعل بين نوع البرنامج والجنس في أداء الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية كما تقاس بأدوات الدراسة، مما يدل على عدم وجود تفاعل (الجوالده، 2008).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في التعليم الجمعي (الامام، والجوالده 2008) وعلى الجانب الآخر تبين وجود فروق في متغيرات الدراسة درست على أطفال الإعاقة العقلية وفئات أخرى من الأطفال ذوي الإعاقات ، ويتم عرضها على النحو التالي:
  - بين الأطفال المصابين بمتلازمة ويليامز، التوحد ، الأطفال المعاقين عقلياً على مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الثانية.
  - بين الأطفال المصابين بمتلازمة ويليامز و الأطفال المعاقين عقلياً على مهمة الاعتقاد الخطأ من الدرجة الثانية لصالح الأطفال المصابين بمتلازمة ويليامز.
  - بين مجموعتي التوحد والإعاقة العقلية وكانت لصالح أفراد الإعاقة العقلية (Happe، 1995).
  - بين المعاقين عقليا والعاديين في مقياس مهام نظرية العقل لصالح العاديين، وبين أداء المعاقين عقليا وأداء أفراد التوحد لصالح المعاقين عقليا (Yirmiya ,et,al. 1998).
  - بين مجموعة الأفراد الذين يعانون من التوحد والأفراد ذوي الإعاقات العقلية في التواصل البصري ومهام نظرية العقل وكانت لصالح مجموعة ذوي الإعاقات العقلية (Yirmiya ,et,al. 1999).

- وجود فروق دالة إحصائيا بين الأفراد العاديين والمجموعات الثلاث (التوحد، داون، الإعاقة العقلية) على متغيرات الدراسة وكانت لصالح العاديين (Shlomo Kravetz et,al,2003).
- وجود علاقة طردية بين تطور TOM وجودة الحياة، وجود علاقة طردية بين تطور TOM وبين الاستعدادات البين - شخصية والاجتماعية، وجود علاقة طردية بين تطور TOM والقدرات اللغوية من وجهة نظر الأفراد البالغين ذوي الإعاقة عقلية (Shlomo Kravetz et,al,2003) بين الأطفال الذين يعانون من التوحد والأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية في فهم المعتقدات الخاطئة لصالح أطفال التوحد (Mika ,،Kituo, 2004).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤0.05) في قائمتي الملاحظة المنزلية والمدرسية ولصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج التربوي القائم على نظرية العقل (الجوالده، 2008).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤0.05) بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية في قائمة الملاحظة المدرسية لصالح الذكور في المجموعة التجريبية، كما تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في قائمة الملاحظة المنزلية (الجوالده، 2008).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لبيئة التعلم الفردي كما اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في مجموعه التعليم الفردي (الامام، والجوالده 2008).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعمار الزمنية تصاعدياً، حيث تبين أنه كلما زادت الأعمار اتضحت مهام نظرية العقل (الامام، والجوالده 2008 - أ).

- وجود اتفاق بين مراحل تطور نظرية العقل والأعمار الزمنية فكلما تقدم العمر ازدادت مهام نظرية العقل وتبين وجود فروق لدى الإناث على أداة البحث (الامام، والجوالده 2008 ـ ب).
- اتضح أن البيئات الأكثر حظا كانت ذات أداء مرتفع مقارنة بالبيئات الأقل حظا على أداة البحث (الامام، والجوالده 2008 ـ ب).



# المراجع

## أولاً : المراجع العربية


- أبو الحلاوة اشرف "محمد رشاد" عمر(2004). فاعلية التأهيل المبني على المجتمع المحلي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- أحمد، السيد سليمان.(2002). مدى فاعلية برنامج لزيادة السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الخفيف، الهيئة المصرية العامة للكتاب مجلة علم النفس العدد (62)، يونيو، ص 165:16.
- الإمام، محمد صالح. (1996). أثر استخدام برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات التفكير لدى الأطفال القابلين للتعلم. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة.
- الإمام، محمد صالح. (2000). دور التربية المبكرة في تنمية ذوي الإعاقات، الندوة العلمية للجمعيات الخيرية في جمهورية مصر العربية، والتي عقدت بمدينة المنصورة، محافظة الدقهلية، فندق مارشال الجزيرة، يوليو.
- الإمام، محمد صالح.(2001). مشكلات المعاق عقلياً، ندوة لأسر ذوي الإعاقة العقلية في محافظة الدقهلية، مؤتمر الجمعيات الأهلية، وزارة الشؤون الاجتماعية، جمهورية مصر العربية، فبراير.
- الإمام، محمد صالح. (2006). مشكلات المعاقين عقلياً في البيئات الأقل حظا وعلاقتها ببعض المتغيرات، مؤتمر الفقر والإعاقة في دول شمال إفريقيا، تونس.
- الإمام، محمد صالح.(2007). البيئات الافضل في عملية التعلم، المجلة العربية لصعوبات التعلم العدد السادس، عمان، الأردن.

- الإمام، محمد صالح.(2008). التربية الخاصة بين الرقي في التشريع والجودة في التنفيذ، جريدة الدستور العدد **14543** الجزء الثاني السنة الحادية والاربعون، عمان، الأردن.
- الإمام ، محمد صالح ، الجوالده، فؤاد (**2009**). مراحل تطور نظرية العقل لدى المعاقين عقلياً ، بحث منشور، مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس، العدد **32**، الجزء الرابع.
- الإمام ، محمد صالح ، الجوالده، فؤاد (**2009**). دراسة لبعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في ضوء نظرية العقل، مجلة التربية، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مقبول للنشر.
- البواليز، محمد عبد السلام. (**2006**). اثر برنامج تدريبي مقترح في تنمية مهارات التفكير التقاربي لدى الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- جابر، عبدالحميد. (**2001**). خصائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم، سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس. دار الفكر العربية، القاهرة.
- الجلامدة، فوزية عبد الله، (**2007**) فاعلية برنامج تعليمي في تحسين مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة العقلية لدى أولياء الأمور في الأردن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- الجوالده ، فؤاد عيد (**2008**)، فاعلية برنامج قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى المعاقين عقليا في الأردن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- حرب، عادل سعد خليل. (**1992**).دراسة مقارنة لبعض الخصائص المعرفية والاجتماعية للأطفال المعاقين عقليا والأطفال غير المعاقين، رسالة

دكتوراه، غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية.

- حلمي، إبراهيم و فرحات، وليلى (2003). التربية الرياضية والترويح للمعاقين، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.
- حماد، آمال. (1994). فاعلية استخدام الحاسوب في اكتساب مفاهيم رياضية أساسية لدى الطلبة المعوقين عقليا إعاقة بسيطة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الجامعة الأردنية.
- خصاونة، أمل.(1992). نظام التعليم بمساعدة الحاسوب وأثره في تعليم وتعلم الرياضيات، دراسات تربوية، المجلد السابع، الجزء (45) القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- الرابعة، عقلة محمد (2005)، دراسة مسحية لمشكلات صحة الفم والأسنان لدى الأشخاص المعاقين إعاقة عقلية بسيطة في الأردن وفاعلية برنامج تدريبي في تحسينها، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- الرواجفة، شاهر خليل مسلم (2005) فاعلية برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في خفض مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- الريحاني، سليمان. (2003). الإعاقة العقلية، الطبعة الثالثة، عمان، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
- الروسان، فاروق، هارون، صالح (2001): مناهج وأساليب تدريس مهارات الحياة اليومية لذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، الرياض ـ السعودية، مكتبة الصفحات الذهبية.

- الروسان، فاروق (2005): مقدمة في الإعاقة العقلية، عمان ـ الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
- الزيود، نادرفهمي (1995). تعليم الأطفال المعاقين عقلياً، الطبعة الثالثة، عمان، الاردن، دار الفكر.
- سلامه، إبراهيم (1980). الاختبارات والقياس في التربية البدنية، الطبعة الأولى، القاهرة، دار المعارف.
- سيسالم، كمال وآخرون. (1987). المعاقون أكاديمياً وسلوكياً، الرياض ،دار عالم الكتب.
- شاش، سهير محمد سلامة (2002). التربية الخاصة للمعاقين عقلياً بين العزل والدمج، القاهرة ،مكتبة زهراء الشرق.
- الشناوي، محمد محروس.(1997). الإعاقة العقلية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشواهين، علي موسى (2007) فاعلية برنامج الأولمبياد الخاص في الأردن من وجهة نظر المدربين وأولياء الأمور واللاعبين ودراسة أثره في تنمية الكفاية الاجتماعية للمعاقين عقلياً، ،أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- صادق، فاروق محمد.(1982). الاعاقة العقلية، الطبعة الأولى، الرياض، السعودية. دار عالم الكتاب.
- عبد الباقي، علا.(1993). برنامج تدريبي للأطفال ذوي الإعاقات العقلية. الطبعة الأولى، القاهرة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- عبد الفتاح، فاطمة مصطفى.(2001). فاعلية مواقف تعليمية مقترحة في تنمية بعض المهارات الحياتية لطفل ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان.

- عبد الصادق، فاتن.(2003). القدرات العقلية المعرفية لذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر.
- عمر، محمود(2004). المهارات الحياتية اليومية، مصر، مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط.
- عمران، تغريد، والشناوي، رجاء (2001). المهارات الحياتية. القاهرة. مكتبة زهراء الشرق.
- العنزي، نايف (2004). فعالية الخطة التربوية الفردية في تدريس المهارات الرياضية و الحركية للمعاقين عقلياً في السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية.
- فراج، عثمان لبيب (2002). الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة، مصر، منشورات المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- قاسم، ناجي وعبد الرحمن، فاطمة (2006). فاعلية برنامج ترويحي على تنمية بعض المهارات الحياتية والنفسية والحركية لدى الأطفال المعاقين ذهنيا "القابلين للتعلم"، مصر، منشورات جامعة الإسكندرية.
- قبلان، بسام محمود. (2004). تطور مفهوم نظرية العقل لدى عينة من أطفال مدينة عمان في المرحلة العمرية من ثلاثة إلى ست سنوات، وإلى التقييم العلاقات المحتملة بين مفهوم نظرية العقل وكل من التفكير التباعدي و الذكاء. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995). مقدمة في التربية الخاصة، دبي، دار القلم.
- كوجك، كوثر (1992). المرجع في التربية الأسرية، القاهرة، عالم الكتب.
- لطفي، احمد بركات.(1984). الرعاية التربوية للمعوقين، الطبعة الاولى، الرياض، دار المريخ.

- مرسي، كمال ابراهيم، (1996). مرجع في علم الإعاقة العقلية، الطبعة الأولى، القاهرة، دار النشر للجامعات المصرية.
- مرسي، كمال إبراهيم (1999). مرجع في علم الإعاقة العقلية، الطبعة الثانية، مصر، القاهرة، دار النشر للجامعات.
- معوض، ريم نشابة. (2004). الولد المختلف، تعريف شامل لذوي الحاجات الخاصة والأساليب التربوية المعتمدة، الطبعة الأولى، بيروت لبنان، دار الكتاب.
- هالاهان وكوفمان. (2008). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم (ترجمة: محمد، عادل عبدالله) عمان، الأردن. دار الفكر.
- هارون، صالح (2000). تدريس ذوي الإعاقات البسيطة في الفصل العادي، الرياض، دار الزهراء.
- مايلز، كرستين (1994). التربية المختصة. دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً. الطبعة الأولى، بيروت، ورشة الموارد العربية.
- نشواتي، عبد المجيد. (2003). علم النفس التربوي، الطبعة الرابعة، عمان، الأردن ، دار الفرقان.
- يوسف، محمد عبد الرحمن (2004) فاعلية الصورة الأردنية من مقياس فاينلاند لتشخيص الاعاقة العقلية في الأردن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

## ثانياً: المراجع الانجليزية

- AAIDD, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: Defintion of Mental Retardation (on-line). Available:www.aaidd.org/policies/faq_mental_retardation.shtml,
- Agency: North Carolina state Dept of Public Instruction, Releig`h. Silver's spring.Md (1998): Development of science simulations for mildymentally retarded of learning Disabled students, final report, Washington Dc.

- مرسي، كمال ابراهيم، (1996). مرجع في علم الإعاقة العقلية، الطبعة الأولى، القاهرة، دار النشر للجامعات المصرية.
- مرسي، كمال إبراهيم (1999). مرجع في علم الإعاقة العقلية، الطبعة الثانية، مصر، القاهرة، دار النشر للجامعات.
- معوض، ريم نشابة. (2004). الولد المختلف، تعريف شامل لذوي الحاجات الخاصة والأساليب التربوية المعتمدة، الطبعة الأولى، بيروت لبنان، دار الكتاب.
- هالاهان وكوفمان. (2008). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم (ترجمة: محمد، عادل عبدالله) عمان، الأردن. دار الفكر.
- هارون، صالح (2000). تدريس ذوي الإعاقات البسيطة في الفصل العادي، الرياض، دار الزهراء.
- مايلز، كرستين (1994). التربية المختصة. دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً. الطبعة الأولى، بيروت، ورشة الموارد العربية.
- نشواتي، عبد المجيد. (2003). علم النفس التربوي، الطبعة الرابعة، عمان، الأردن ، دار الفرقان.
- يوسف، محمد عبد الرحمن (2004) فاعلية الصورة الأردنية من مقياس فاينلاند لتشخيص الاعاقة العقلية في الأردن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

## ثانياً: المراجع الانجليزية

- AAIDD, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: Defintion of Mental Retardation (on-line). Available:www.aaidd.org/policies/faq_mental_retardation.shtml,
- Agency: North Carolina state Dept of Public Instruction, Releig`h. Silver's spring.Md (1998): Development of science simulations for mildymentally retarded of learning Disabled students, final report, Washington Dc.

- Alawiye; Catherine Zeimet, Thomas; J. I., and Alawiye; Osman (1990 Comparative Self-Concept Variances of ChildreninTwo EnglishSpeakingWestAfricanNations.Journal of Psychology, Vol.124, Issue, 2, Page No.169. ). "
- Alexnder, Joyce, caroline, N. El, Zabehn, M. K.; paulaj, S, William , F. V, (1998) Concepts of mental activities and verbs in children of high and average verbal intelligence. The Eric database.
- Anderson C. Stephen, Allen R. Lawrence (1985). Effects of a Recreational Therapy Program on Activity Involvment and Social Interaction of Mentally Retarded Persons. Behavior Research Therapy, Vol.23, NO 4. pp. 473-477.
- Angelopoulos , (1999). Social behavior during the preschool years in relation to : theory of mind , future-oriented Thinking and Language.
- Arkway, Angela (2002). The Simulation Theory. New York University published.
- Astington, J.W., & Jenkins, J.M. (1995). Theory of mind development and social understanding. Cognition and Emotion , 9, 151-65.
- Astington, Janet (1998). Developing Theories of Mind Cambridge university press.
- Avis, J. & Harris, P. (1991) Child Development ; June 91, Vol. 62 Issue 3, P460, 2 chart.
- Baily, Ann Bing hmo & smith stphen (2000).intervention in school and clinic.vole 3 ,issue5,pp294-297.
- Bargen & Mosley 1994) Smith , Stephen W. & Kortering , Larry J.1996. Using Computers to Generate IEPS : Rethinking the Process. Journal of Special Education Technology. Vo1. X111 , N.2.PP 81-88.
- Baron-Cohen, S. (1993). From attention-goal psychology to belief-desire psychology: the development of a theory

of mind, and its dysfunction, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22, pp. 311-324.

- Baron-Cohen, S. (1995). Mindblindness provides a fascinating introduction to the issue, and is warmly recommended. British Journal of Developmental Psychology, 13, 379-398.
- Baron-Cohen et al.(1997).Another Advanced Test of Theory of Mind: Evidence from very High functioning Adults with Autism or Asperger Syndrome. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, pp. 813-822.
- Bastian, Adams and Veneta; A. (2005). "Emotional Intelligence Predicts.
- Benson, G., Abbeduto, L., Short, K., Bibler-Nuccio, J., & Maas, E(1993). Development of theory of mind in individuals with MR.American Journal on Mental Retardation, 98, 427-433.
- Borkowski, (1987), Theory of mind in pread of escauce , connections among social understanding , self-concept and social relations.
- Bower , Bruce (1993). A childs theory of mind. Science news , Vol. 144 Issue 3.
- Bowler, DM,(1992): "Theory of mind" in Asperger's syndrome, Department of Social Sciences, City University, London, U.K. J Child Psychol Psychiatry. Jul;33(5):877-93.
- Bray W. Norman, Hauffman, Lisa Grupe Lisa Biasini J. Fred, (1998) Mental Retardation: A Symptom and A Syndrome, University of Alabama- Birmingham, Deaprtment of Psychology(on-line). Available: http://www.uab.edu.
- Brown , A. (1987).metacognition , executive control ,self-regulation, and other mysterious mechanisms. In F. E. weinert & R. H. Kluwe (eds) metacognition, motivation, and

understanding. Hill sdale Lawrence Erlbaum A ssociates, N. J.

- Brown, R. I. (1997). Quality of Life for People With Disabilities: Models, Research, and Practice, United Kingdom, Stanley Thomas.
- Brown, F &Snell, M, E.(2001).Meaningful assessment.In M.E. Snell& Brown(Eds),instruction of students with severe disabilities (pp67-114).Upper Saddle River,NJ:Prentice-Hall.
- Brunner, & Moore, (2000). Preschooler's Emerging A wareness of the human mind's functions: when? Why? and how ?.
- Bruce ,Elizabeth (2001),parental grief and adjustment to a child with disability. department of human services ,website, pp 1 -11.
- Buitelaar, Jan K.van der Wees,Marleen, 1997: Are Deficits in the Decoding of Affective Cues and in Mentalizing Abilities Independent? Journal of Autism and Developmental Disorders, V27 n5 p539-56 Oct 1997.
- Butcher, James (2001). Theory of Mind located in right prefrontal cortex. Lancet, 2001, Vol 357, Issue 9253.
- Cattell , R. & Drevdahl , J.(1980) A comparison of the personality profiles of eminent researchers with those of eminent teachers and administrators first Psychol , 127-146.
- Chan, Lisa ; Okamoto, Yukari.(2006), Education,Resisting suggestive questions: can theory of mind help?, Journal of Research in Childhood.
- Christopher & Michael , (2002) , children's understanding of interpretation, New Ideas in Psychology, pp. 163-198.
- Cornish, K.; Burack, J. A.; Rahman, A.; Munir, F.; Russo, N.; Grant, C.(2005). Theory of mind deficits in children

with fragile X syndrome, Journal of Intellectual Disability Research, V49 n5 p372-378.

- Coon, c , & Exandell , A.K & Green, J.C (1976). Using academic peer international contingency with emotionality disturbed children, Journal of Experimental Educations (SPR), 3 (2) 7-20.
- Craig, A J. & Swan, M. S. (2002). Effect of Disability on Parental Stress. The Lancaster County Center For Autism.
- Cutting ,A.and Dunn.,J.(1999). theory of mind, understanding emotion,language and family back ground individual differences and interrelation. The Eric Database.
- Danish and Steven; V, (1997). "New Roles for Sports Psychologists: Teaching Life Skills Through Sport to At-Risk Youth". Quest Human Kinetics; Vol. 49 Issue 1, p100, 14p.
- David Pitt(2004), theory of mind "vitral" lecture developmental psychology. California State University/ Los Angeles.
- Dejong, G. (1997). The Movement for Independent Living: Origins, Ideology, and Implications for Disability Research, University Centers for International Rehabilitation, Michigan.
- errscheid, linda-E.(1997). Use of moral stories to assess relations between preschoolers , moral Judgments and reasoning and false beliefs.
- Donaldlon, J.; Changing Attitudes Toward Handicapped Persons: A Review and Analysis of Research, CEC, Vol.46 No. 7, 1980.
- Duvdevany.I. (2002) Self-concept and adaptive behavior of people with intellectual disability in integrated and

segregated recreation activities, Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 46 Issue 5.
- Dunn, J. Brown, J. Slomkowski, C. Tesla, C., & Youngblade, L. (1991). Young Children's Understanding of other people's feellings and beliefs: Individual differences and their antecedents. Child Development , 62, 1352-66.
- Feldman, F. N. et al(1992). The influence of the environment on the intelligence , school achievement and conduct of foster children. N. S. S. E. yearbook No. 27, Part 7.
- Ferrari, F. (1982). Neuropsychological follow-up of the premature infant :Mortality, sever sequelae, early diagnosis & prognosis. Pediatrics Medical Chair, 4 (6), 621-633.
- Fee, V.E, Matson, D.I, Moor, L.A & Benavides, D.L.(1994). Conduct problem Among mentally retarded children. Journal of Abnormal Psychology. 21(1) 1-11.
- Flavell, J. H. (1988). The development of children's knowledge about the mind: From cognitive connections to mental representations. In Astington, J.
- Flavell, J. H., Miller P.H., Miller S. A, (1993) Cognitive development Englewood Cliffs , NI: prentice-Hall, 3rd ed.
- Flusberg , H. and Cohen , D.J. Editors ,(2000) understanding other minds ; perspectives from autism , Oxford , Oxford university press.
- Fodor, J. A. (1976). The Language of Thought. New York : Thomas Y. Crowell.
- Fodor, J. A. (1987). Psychosemantics. Cambridge, MA: MIT Press.
- Gencoz, F. (1997) The Effective of Basketball Training on the Maladaptive Behaviors of Trainable Mentally

Retarded Children, Research in Developmental Disabilities, Jan-Feb; 18 (1): 1-10.
- Gibbons L.S. and Bushakra B. F. (1989). Effects of Special Olympics Participation on the Perceived Competence and Social acceptance of Mentally Retarded Children. Adapted Physical Activity Quarterly.1989,6,40-51.
- Gizani, S, Declerck, D, Vinckier, F and Goffin, G. (1997). Oral
- Health Condition of 12-year-old Handicapped Children in Flanders.
- (Belgium). Community Dent. Oral. Epidemiol. 25 (5) 352-357.
- Glifford, J. D. et al.; Mental Retardation, Social and Educational Perspectives, The C.V. Mosby Company, Sant Louis, USM, 1977.
- Sartain, A.; Understanding Human Behavior, 3rd , N.Y.1967.
- Gold, R. (1981). Enhancing the creative and self-Estream of Mentally Handicapped Children. Vol. 8, No. 2, pp. 117-132.
- Gopnik , A. & Flavell, J. H. (1993). The development of children'sunderstanding of false belief and the appearance-reality distinction. International Journal of Psychology, 28, 595-604.
- Gopnik , A. (1993).How we know our minds: The illusion of first - person knowledge of intentionality.Brain and Behavioral Sciences ,V16, 1- 14.
- Grant,C. Russo,N..Munir.Rahman,A. Burack.J.A.Cornish.K 2005: Theory of Mind Deficits in Children with Fragile X Syndrome, Journal Articles; Reports - Research, Journal of Intellectual Disability Research, V49 n5 p372-378 May 2005.
- Grossman, H,J., (1983) Manual On terminology, & Classification In Mentel Retardation, NY: AAMD.

- G. V. Thomas, R. P. Jolley, E. J. Robinson and H. Champion,(1999). Realist errors in children's responses to pictures and words as representations. Journal of Experimental Child Psychology 74 , pp. 1-20.
- Hala, S., & Carpendale, J. (1997). All in the mind: children's understanding of mental life. In S. Hala (Ed.), The Development of Social Cognition(pp.189-231). Hove, UK: Psychology Press Ltd.
- Hallahan, D. Kauffman, J. (1991) Exceptional Children: Introduction To Special Education, Prentice- Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A. Theory of Behavioral Change. Psychological Review,84,191-215.
- Hallhan, D. & Kauffman ,Exceptional,Children,Introduction To Special Epecial Education ,Prentice-Hall , Inc, Englewood Cliffs, N.J.07362,5 th Ed.1991.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2006). Exceptional learners: An introduction to special education: A study on characteristics and competencies need by Teachers of The Mentally retarded (10th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Handlers, A. & Austin, K.; Improving Attitudes of High School Students Toward Their Handicapped Peers, CEC, Vol. 47. No.3, 1980.
- Hanna , s. m. and brown , j. h. (1995). The practice of family therapy – key Cincinnati , oh ; brooks \Cole.
- Happe, E G. E. (1995). The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. Child Development, 66, 843-855.
- Hardman, M. L., Drew, C. J., & Egan, M.W. (2006). Human exceptionality: School, community, & family. (8 ed.). Boston: Allyn & Bacon.

- Harris, and Olson.(1992) Developing Theories of Mind, Cambridge University Press, Cambridge, UK. pp. 244-267.
- Hayes& Taplin,(1993): Development of conceptual knowledge in children with mental retardation, U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health 1993 Sep;98(2):293-303.
- Hegner. D.(1992): Life skills a cross, the curriculum combined teacher,student manual Department of general Academic Education,country of publeshing U.S, New Jersy; 1992. p. 15-22.
- Henseler,(2000).Young children's developing of mind : person reference, psychological understanding and narrative skill.
- Heward, W. & Orlansky, M (1988). Exceptional Children (2nd. ed) colombus, Chrles E. Merill: ohio.
- Hobson, R. P. (1984). Early childhood autism and the question of ego-centrism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 14, 85-104.
- Hobson , R. P. (1991) The autistic childs appraisal of expressions of emotion. A Further study. British Journal of Developmental psychology. 9, 33-51.
- Jordan, R. E., "Variables Related to Principals Attitudes Towards The Integration of Handicapped Children into the General Education Programs", Diss. Abstracts Inter. Vol. 42, No. 7, 1982.
- Karmiloff-smith,. A (1992) Beyond modularity, (Cambridge ,MA, Mit Press).
- Karmiloff-Smith, A., Klima, E. S., Bellugi, U., Grant, J., & Baron-Cohen, S. (1995). Is there a social module? Language, face processing, and theory of mind in

subjects with Williams syndrome. Journal of Cognitive Neuroscience, 7(2), 196-208.

- Kate Sullivan and Helen Tager-Flusberg(2005):Second-Order Belief Attribution in Williams Syndrome: Intact or Impaired?, American Journal on Mental Retardation: Vol. 104, No. 6, pp. 523-532.
- Katherine (2000). Young children's developing theory of mind: person reference, psychological understanding and narrative skills.
- Kauffman, J (1981) Hand book of Special education, N.J: Englwood Cliffs, New Jersey, U.S.A.
- Keigher, S.M., (2000) Emergings Issues In mental Retardation: Self Determination Versus self - Intrest, Health & Social work, Aug, vol. 25, (3).
- Kerstin W. Falkman , (2005), Communicating Your Way to a Theory of Mind : The development of mentalizing skills in children with atypical language development Department of Psychology Göteborg University, Sweden.
- Kirk, S., Gallagher, J. and Anastasiow J. (2003). Educating Exceptional Children, Houghton Mifflin Company.USA
- KimberlyWright;lorraine,B.V.mary.R.T.; stetson.w.;Norh,F;June.c.y. Donna Rebecca -.L.J.and Alexis.P.(1998). Theory of mind concepts in children's literature , The ERIC. Database.
- Kimberly -m. ho and Margaret k. keily (2003) . the family journal; dealing with denial ; a system approach fore family Professionals working with parents of disabilities. vole 11,no 3 , pp239-247 ,July 2003.
- Kinderman, Peter (1998). Theory of Mind deficit and casual attribution. British Journal of Psychology 98. Vol 89 Issue 2.

- Kirk, S, (1983). Educating Exceptional children, Boston, Press: ohio.
- Knoll, Meredith (2000). Teaching false belief and visual perspective. Child Study Journal 2000, Vol. 30 Issue 4.
- Kauffman, J (1981) Hand book of Special education, N.J: Englwood cliffs, New Jersey, U.S.A.
- Leslie's(1994) Work on domain-specific learning and core cognitive architecture keeps a leg in the philosophical tradition, in cognitive science, and in experimental psychology.
- Leslie, A.M, (1987) Pretence and representation: the origins of "theory of mind". Psychological, Review, 94, 412-426.
- Leslie, A. M. (1998). Some implications of pretense for mechanisms underlying the child's theory of mind. In.,J. W Astington, v P. Harris, L., and D. R. Olsen, (eds.), Developing Theories of Mind, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 19-46.
- Lewis, C. & Mitchell, P. (Eds). (1994). Children's early understanding of mind: Origins and Development. Hove: LEA.
- Luciano, R., Zuppa, AA., aragliano, G., Gallini, F., & Tortorolo, G. (1997). Fetal encephalopathy after maternal anaphylaxis. Case Report Biology Neonate, 71 (3), 190-193.
- Ludwig, S., & Warman, M. (1984). Shaking baby syndrome: A review of 20 cases. Annals Emergency Medicine 13:104-107.
- Macmillan, D. (1977). Mental retardation in school and society, Boston: Little, Brown.
- Macmillan, D., (1982) Mental Retardation In School & Society, (2nd. Ed) Little Brown & Company: Boston.
- Malhotra, N. K. (2004), Marketing research, New Jersey: Prentice Hall. p268.

- Kirk, S, (1983). Educating Exceptional children, Boston, Press: ohio.
- Knoll, Meredith (2000). Teaching false belief and visual perspective. Child Study Journal 2000, Vol. 30 Issue 4.
- Kauffman, J (1981) Hand book of Special education, N.J: Englwood cliffs, New Jersey, U.S.A.
- Leslie's(1994) Work on domain-specific learning and core cognitive architecture keeps a leg in the philosophical tradition, in cognitive science, and in experimental psychology.
- Leslie, A.M, (1987) Pretence and representation: the origins of "theory of mind". Psychological, Review, 94, 412-426.
- Leslie, A. M. (1998). Some implications of pretense for mechanisms underlying the child's theory of mind. In.,J. W Astington, v P. Harris, L., and D. R. Olsen, (eds.), Developing Theories of Mind, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 19–46.
- Lewis, C. & Mitchell, P. (Eds). (1994). Children's early understanding of mind: Origins and Development. Hove: LEA.
- Luciano, R., Zuppa, AA., aragliano, G., Gallini, F., & Tortorolo, G. (1997). Fetal encephalopathy after maternal anaphylaxis. Case Report Biology Neonate, 71 (3), 190-193.
- Ludwig, S., & Warman, M. (1984). Shaking baby syndrome: A review of 20 cases. Annals Emergency Medicine 13:104-107.
- Macmillan, D. (1977). Mental retardation in school and society, Boston: Little, Brown.
- Macmillan, D., (1982) Mental Retardation In School & Society, (2nd. Ed) Little Brown & Company: Boston.
- Malhotra, N. K. (2004), Marketing research, New Jersey: Prentice Hall. p268.

- Malon, M. Langone, J. (1990). Object-Related Play Skills of Young's with Mental Retardation. Remedial & Special Education. Vol. (15), pp. 121-177.
- Mann(1991): The development and use of standardized assessment of abnormal personality ,Psychol Med. 1991 Nov;11(4):839-47.
- Margalit, (1999). The role of desire in children's theory of mind. DAI-B60/12,p. 6401.
- Marcia a. Cohen (1982). impact of handicapped child on the family.
- Meins,Elizabeth,Fernyhough,Charles,Wainwrright,Rachel,Das, Gupta,Mani, Fradley ,Emma.Tuckey Michelle (2002): Maternal mind- mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding, child development, V73 n6 p1715-26 Nov-Dec 2002.
- Mercer ,C ,and Mercer,(1997).Teaching With Learning disabilities ,prentice.hall.
- Mercer ,C ,and Mercer ,(1985),Teaching student with lerning problem Columbus ,ohio.
- Metzoff, A. & moore, M. (1983) New born in facts imilate adultfacial gestures. Child Development, 54: 702-758.
- Meltzoff, A. and Gopnik, A. ,(1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind in, Baron-Cohen, S. Tager-Flusberg, H. and Cohen, D. J. Editors, understanding other minds: Perspectives from autism, Oxford, Oxford University Press.
- McCormik, P. (1994) ,Children's understanding of mind : a case for cultural diversity. unpublished doctoral dissertation. University of Toronto (OISE). Toronto.
- Miles, M.; Attitudes Towards Persons with Disabilities, the Mental Health Center, Mission Hospital, 1981.

- Miller, Carol A(2004). False belief and sentence complement performance in children with specific language impairment. international Journal of Language and Communication Disorders, V39 n2 p191-213.
- Moore,C(1996).Theorios of mind in infancy.British Journal of Developmental psychology ,V14,19- 40
- Moore, K. L., & Persaud, T. V. (1998). Before we are born: Essentials of embryology & birth defect. (5th ed.). Philadelphia: PA.
- Naito, Mika; Nagayama, Kikuo, (2004):Autistic children's common sense and theory of mind: A comparison with typical and mentally retarded children, , Journal of Autism and Developmental Disorders, V34 n5 p507-519.
- Ninot G., Bilard J., Deligniers D.(2005). Effects of Integrated or Segregated Sport Participation on The Physical Self for Adolescent with Intellectual Disabilities, Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 49, Sep 2005.
- Nirge, B. (1969). The normalization principle and its management implications. In Kugel, R. B., and Wolfsensberger, W. (eds.), Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded, President's Committee on Mental Retardation, Washington, DC. pp. 59-171.
- Niam and Carolyn (1996), Quality of social interaction and understanding of other minds in children's play; Technical report No. 39.
- Patton, R. J., et. al (1986). Mental Retardation, Boston Press; ohio.
- Perner, J., Leekam, S. R., & Wimmer, H. (1987). Three-year olds' difficulty with false belief: The case for a

conceptual deficit. British Journal of Developmental Psychology, 5, 125-137.
- Perner, J. (1991). Understanding the representational mind. Cambridge, MA: MIT Press.
- Person, D.L. & yaffee, W.R (1996). Compaison of sustained and selection attention in children who have mental retardation with and with out ADHD. American Journal on Mental Retardation, 100 (6) 592-607.
- Peter Carruthers and Peter K. Smith (1991). Theories of theory of mind , Cambridge , University Press.
- Peterson, Candida (2002). Drawing insight from pictures: the development of concepts of false drawing and false belief in children with deafness, normal hearing, and autism , Journal of Autism and Developmental Disorders, V27 n5 p539-56 Oct 1997.
- Piecuch, R., Leonard, C., Cooper, B., & Sehring, S. (1997). Outcome of extremely low birth weight infants (500 to 999 gram) over a 12 year Period. Pediatric Journal, 100, 633-9.
- Pennington , B.(1998) :Genetics of Learning Disabilities. journal of child Neurology , 13(1).
- Prabhala,Anna(2007):Mental Retardation Is No More-New Name Is Intellectual and Developmental Disabilities. Education & Training in Developmental Disabilities, Vol.42, no.3, p252-269.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978) Does the chimpanzee have a " theory of mind ? Behavioral and Brain Sciences, 4, 515-526.
- Prior, M., Dahlstrom, B., & Squires, T. L. (1990). Austic children's knowledge of thinking and feeling states in other people, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51, 587-601.

- Ratner and Olver, (1998) Reading at all " & deception Learning a theory of mind. The Eric Database.
- Ravenscroft , Ian (1997). Folk psychology as A theory.The Flinders university of south Australia.
- Revello,.M. G., & Gerna, G. (2002).Diagnosis and management of human cytomegalovirus infection in the mother, Fetus & newborn infant. Clinical Microbiology Reviews,15 (4),680-715.
- Ritblatt, Shulamit (2000). Children s level of participation in a False Belief task. Journal of Genetic Psychology, Vol 161, Issue 1.
- Robert, L., & Goldenberg, M D. (2002). High-risk pregnancy series: An expert's view. Obstetrics & Gynecology, 100 (5), 1020-1037.
- Robert S. Siegler(: 2005) Hand book of Children's Thinking, 4/E, Publisher: Prentice Hall, , U.S.A.
- Ronald.j.s. (1994). Families , illness and disability.new York ;basic books
- Saks, N. S.; "Correlates of Teachers Attitudes Toward Maintreaming", Diss. Abstracts Inter., Vol. 27, No.8,1987
- Samet, J.(1993) Autism and theory of mind some philosophical perspectives. In S. Baron-Cohen H. Tager-Flusberg, and D. Cohen (eds) understanding other mind : perspectives from Autism. Oxford : Oxford University Press.
- Seligman ,m.(1993),group work with parents of children with disabilities ,the journal for specialists group work.
- Schick , Brenda (1998). Theory of Mind and language skills. Psychological Bulletin Copyright (1998): by the American Psychological Association, Inc. 1998, Vol. 124, No. 3, 283-307.

- Schneider, Jerry, (2004). "Teaching Life Skills: Connecting with the Real World". Education Canada, Vol. 44 Issue 1, p24-25.
- Schwitz gebel Eric (1999) Reprsentation and desire: a philosophical error with consequences for Theory of Mind, research philosophical psychology, Jun.99, vol. 12Issue2.
- Searle,John,(2004):Mind A Brief Interdiction, Oxford university press, Newyork.
- Shamon M. (2005). Hypothyroidism in infants & children low thyroid & its effects on newborn. infant & children. Retrieved August 24,2006 from: http://www.thyroid-info.com/articles/hypokids.htm.
- Sherman. J.A,(1991) : Effect of perceptual, Motor program on trainable
- Mentally retarded children, American Journal, New York; -vol.68, p.36 - 38.
- Shlomo Kravetz,Shlomo Katz, Inbal Alfa-Roller, and Stacy Yehos(2003): Aspects of a theory of mind and self-Reports of quality of life by persons with mental retardation Journal of Developmental and Physical Disabilities, Vol. 15, No. 2.
- Signorelli, V.A.(1991) : Daily living and physical Education skills for Elementary Mild Retarded pupils, Los Anglos City Schools, instrucational programs, Branch 1991 p. 327.
- Sigman, M., & Kasari, C. (1995). Joint attention across contexts in normal and autistic children. In C. Moore & P. J. Dunham, (Eds.), Joint attention, Its origins and role in development (pp. 189-203). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Smallridge,R. C., & Ladenson, P. W. (2001). Hypothyroidism in pregnancy: Consequences to neonatal health. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 86 (6), 2349-2353.
- Smith, M. B., Patton, J.R., & Kim, s. H. (2006).Introduction to mental retardation: An introduction to intellectual disabilities. (7th ed.). New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- Smith, T.D. (2001). Experiences of Mild And Moderately disabled students Participating in the full inclusion model in a rural high school in Georgia. Disser. Abst.Inter. DAI..A61l10,P.3953,Apr2001.
- Smith, D. & Luckasson, R, IntroductionTo Special Education, Allyn &Bacon, Boston, 1992.
- Smith, D.D. (2007). Introduction to special education: Making difference, (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Swanson , H.L. (1999) : Learning Theory ; Learning Styles. http./ www.pzharvard.edu / PIS / HG.HTM.
- Soto, J., (2002).Toxoplasmosis in Pregnancy: in your Patient at Risk. Clinical Review, retrieved March 24, 2004 from: http://goliath.ecnext.com/comsite5/bin/pdinventory.pl?pdlanding=1&referid=2750&item_id=0199-1802023.
- Solso, Robert L., (1991). Cognitive psychology. 3rd ed , Boston. Allyn and Bucon.
- Sperling & Richard (2000). Early relationships. theory of mind and preschool childrens problem solving. Child Study Journal, 2000 , Vol 30 Issue 4.
- Stephanic, C., & Brandage. (2002). Preconceptional health care. Journal of the American Academy of Family Physicians, 56 (12), 50 - 56.
- Steen, Francis (1997) Theory of Mind communication study: university of California Los Angeles.

- Stotland , E (1998).). Exploratory investigations of In L. Berkowitz (ed) Advances in Experimental social Psychology, 4 New York , academic Press.
- Stone,Valerie ,Baron-Cohen Frontal Lobe contribution to Theory of Mind.Journal of cognitive Neuroscience,sep.98.Vol.10 issue.5.
- Suddendrof, T. & Fletcher-Flinn, C. M. (1997). Theory of mind and the origins of divergent thinking, Journal of Creative Behavior, 31-169-179.
- Suddendrof , Thomas & Auckland (1998) , Theory of Mind and the origin of Divergent Thinking. Journal of Creative Behavior (1998) , 31.
- Suddendorf, T, & Fletcher-Flinn, C. M. & Johnson, L. (1999) Pantomime and theory of mind. Journal of Genetic Psychology, 160, 31-45.
- Sullivan K, Zaitchik D, Tager-Plusberg H.(1994) Preschoolers can attribute second-order beliefs. DevelopmentalPsychology. 1994;30:395–402.
- Susan, M. & Rune S.: "Effects of Interaction on Non-Handicapped Children", American Journal of Mental Deficiency Nol. 85, No., 1980.
- Szarkowicz, D. L. (1998) Are you thinking what I'm thinking Bananas in Pyjamas as a medium for exploring young children's understanding of mind , Australian Journal of Early Childhood, 23, PP. 1-5.
- Szarkowicz, diane-Louise, (1999). Monsters, Banasand seaweed active participation and young children's understanding : false belief. The EricDatabase , Studies, University of California, Los Angeles.
- Szarkowicz Dian-louise, (2000), when they wash him they'll know H'll be harvy : young children's thinking about

thinking within astory context. International Journal of early Education.
- Tager-Flusberg, H., & Sullivan, K. (1999, April). Are theory of mind abilities spared in children with Williams syndrome? Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque, NM.
- Tager-Flusberg, H. (2000). Language and understanding minds: Connections in autism. In S., Baron-Cohen, H., Tager-Flusberg, and D. J. Cohen, (eds.), Understanding Other Minds: Perspectives From Cognitive Neuroscience Development, 2nd edn., Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 124-149.
- Taylor, Jayne (2002) An analogue study of Attributional complexity Theory of Mind deficit British: Journal of Psychology, 2002, VOL.93 Issue 1.
- Thampson. E.C.(1992). the effects of An Enseruice training program for Regular classroom teaches of self for Disabld and educable Mentally students Vol. 43, N. 13 p. 76-79.
- Thomson, S. V. (1990). Visual Imagery : A discussion. Educational psychology. 10(2),141-167.
- Thorndike,R.L,Hagen,E.p.&Sattler,J.M.(1986).StanfordBinet intelligence. Scale : fourth edition Chicago : Riverside publishing.
- Trunbull, a.& Trunbull , H.(1978).parents spwakout ,views from the other side of the two-way mirror ,Columbus oh.
- Voeltz, L., Children's Attitudes Toward Handicapped Peers, American Journal of Mental Deficiency, 1980, Vol.84 No.5.
- Vygotsky, L. S. (1978) Mind in society Cambridge , Mass: Harvard University press.

- Wallach, M.A., & Kogan, N. (1965). A new look at the creativity-intelligence distinction. Journal of Personality, 33, 348-69.
- Walson M , Daly M , (1992). The man who mistook his wife for a chattel , in ; Barkowj H Cos mind ; evolutionary Psychology and the generation of culture New York ; Oxford university press., pp289, 322.
- Waltermire; Ellen, (1999).A Kaleidoscope of opportunity: teaching life skills. Camping Magazine, Vol. 72, No. 1 p28-43.
- Watson, Anne C.; Nixon, Charisse Linkie; Wilson, Amy; Capage, Laura (1999). Social Interaction Skills and Theory of Mind in Young Children: Developmental Psychology, V35 n2 p386-91 Mar 1999.
- Waisbern, S.E; "Parent's Reactions after the Birth of Development Disabled Child", American Journal of Mental Deficiency, Vol.84, No. 4 1980.
- Wechsler, D. (1989). Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised. San Antonio , TX: Psychological Corporation.
- Wellman, H. M. (1985). The child's theory of mind: The development of conceptions of cognition. In S. R. Yussen (Ed.), The growth of reflection (pp. 169-206). San Diego, CA: Academic Press.
- Wellman, H. M. (1990). The child's theory of mind. Cambridge , MA: MIT Press
- Weiss J. A. and Diamond T. (2005) Stress in parents of Adults with Intellectual Disabilities attending Special Olympics competitions, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, Vol.18, Issue 3.
- Wimmer, H. and Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong

beliefs in young children's understanding of deception. Cognition, 13, 103-28.

- Wright, Eleamos ,B. (1998). Certification in Mental Retardation : Guidelines and competencies for program Approval, Sponssing Agency: north Carolina state Dept of Public Instruction, Releig` h.
- Yirmiya, N. Solomonica-levi, D., Shulman, C., and Pilowsky, T. (1996). Theory of mind a bilities in individuals with autism, down syndrome, and mental relation of unknown etiology: the role of age and intelligence. J. child Psychol. Psychiat. 37, 1003-1014. (Cambridge. MA, Mit press).
- Yirmiya, Nurit, Osnat Erel, Michal Shaked, and Daphna Solomonica-Levi(1998). Meta-Analyses Comparing Theory of Mind Abilities of Individuals With Autism, Individuals With Mental Retardation, and Normally: Developing Individuals Psychological Bulletin Copyright 1998 by the American Psychological Association, Inc. , Vol. 124, No. 3, 283-307.
- Yirmiya, Nurit, Tammy Pilowsky, Daphna Solomonica-Levi, and Cory Shulm(1999). Brief Report: Gaze Behavior and Theory of Mind Abilities in Individuals with Autism, Down Syndrome, and Mental Retardation of Unknown Etiology: Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 29, No. 4.
- Young - Kyoung Kim (2002). Stress And Coping Of Mothers And Fathers Of The Children Of Disability International. Congress Of The Medical Women's. NJ. USA.

# المؤلفان في سطور



الدكتور محمد صالح الإمام

- أستاذ التربية الخاصة المشارك في جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- مستشار التربية الخاصة في جمهورية مصر العربية.
- عضو الجمعية المصرية للفئات الخاصة.
- رئيس الجمعية العربية لصعوبات التعلم.
- له ما يزيد على ثلاثة وعشرين بحثاً منشوراً في مجلات علمية محكمة.
- اشرف على ما يزيد على سبعة وستين رسالة جامعية لدرجتي الماجستير والدكتوراه.
- قام بتدريس ما يزيد على عشرين مساق جامعي في تخصصات التربية الخاصة والنمو وعلم النفس التربوي والقياس والتقويم.
- له العديد من المقالات في الصحف المصرية والاردنية والخليجية.
- شارك في العديد من المقابلات والبرامج الاذاعية والتلفزيونية العربية.
- البريد الإلكتروني:

MSHO66@yahoo.com.

EMAM-SH@hotmail.com.



الدكتور فؤاد عيد الجوالد
دكتوراه في التربية الخاصة

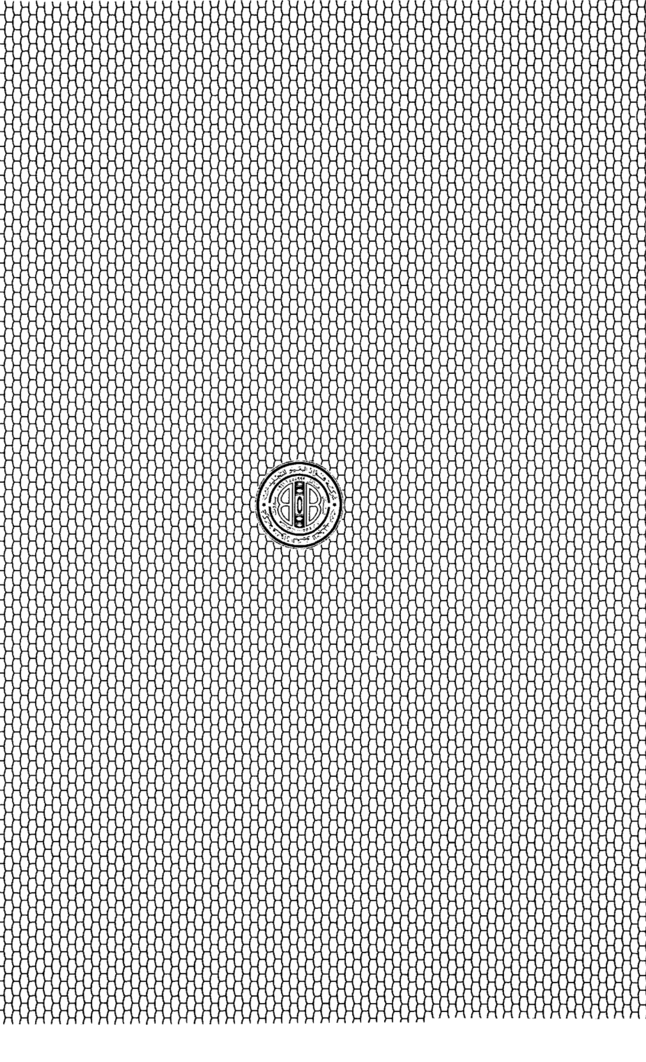
- شارك في العديد من الدورات التدريبية الداخلية والخارجية.
- قام بالتدريس في كليات القوات المسلحة في الأردن والسعودية.
- عضو في بعض لجان المجالس والجمعيات الرسمية في الأردن.
- عضو الجمعية العربية لصعوبات التعلم.
- له أبحاث منشورة في مجلات علمية محكمة.
- البريد الإلكتروني:

jawaldehfuad@yahoo.com.
jawaldehfuad@hotmail.com.



المؤلفا





retardation and life performanc
s In the light of Theory Of Mind










تصميم وإخراج/ مكتب دار الثقافة للتصميم والإنتاج